المفاهيم الأساسية والإطار النظري

مقدمـة

قد يطلق على عصرنا الذي نعيشه (عصر القلق)، ولكن من المحتمل أن كل عصر أو حقبة مـن التـاريخ الإنسـاني قـد توسـم بهـذه الصـفة أيضـاً، فـالقلق والخـوف والهـم أشـكال مـن الاضـطراب تتبدى باعتبارهـا مكونـات رئيسـة للوجـود الإنسـاني وجوانـب مسـتديمة للحالـة الإنسـانية · فمـن المحتمـل أنـه لا يوجـد جانـب مـن جوانـب الخـبرة الإنسـانية أكـثر عموميـة وعالمية من القلق· ففي كل ثقافة ، وفي جميع العصـور التاريخيـة المسـجلة ، تعـرض الكائـن الحـي الإنسـاني لتهديـدات حقيقيـة أو متخيلـة تسـتدعي حالـة الاسـتثارة الـتي نطلـق علىهـا مصـطلح القلـق · ولـهذا كـان القلـق موضـوعا رئيسـا أو مركزيـا فـي دراسـة الإنسـان· ويقـرر (فرويـد) (6391) ، منـذ أكـثر مـن نصـف قـرن مـن الزمـان ، أن (مشـكلة القلـق تمثـل نقطـة عُقْدِية ، تترابط فيها أو تنعقد عندها كل أنواع القضايا أو المشكلات الأكثر أهمية، وأن القلـق لغز أو معضلة، يسلط حلها فيضا من الضـوء علـى كـل حياتنـا النفسية) (1)· لـذا صـار هـذا اللغز موضوعا لنظريات وبحوث متعددة ومتنوعة ·

ويفسر (أودين) في كتابه (عصر القلق) مـا يـذهب إلىـه كثير مـن علمـاء النفس والفلاسـفة والكتاب من أن القرن العشرين عصر القلق، بأن هذا الوسم يعكس مشاعر زائدة من الوحدة النفسية · فهذه الزيادة في القلق، أو ربما الوعي المتزايد بوجوده، غالبا ما تعزى إلـى الوحـدة واللايقين وغير ذلك من العوامل التي تعوق جهود الفرد في سعيه إلـى تقدير ذاتـه وتحقيقهـا · (2)

ويتضح ذلك أيضا من تلك الحقيقـة بـأن كثيرا مـن نظريـات علـم النفس تفرد لظـاهرة القلـق مكانـة كبيرة فـي نظامهـا النظـري وفـي دراسـتها للشخصـية والسـلوك، وفـي حـالات السـواء والاضـطراب ، والصـحة والمـرض، وفـي المسـتوىات العمريـة المختلفـة مـن مـدى حيـاة الإنسـان· فـالقلق حقيقـة مـن حقـائق الوجـود الإنسـاني، وجانـب دينـامي فـي بنـاء الشخصـية ، ومتغير أساسي من متغيرات السلوك· بل إن الفيلسوف الوجـودي (هايديجر) Heidegger 7291)) يعتبر أن الوجود ككل هو موضـوع القلـق، وأن احتماليـة الفنـاء والـدمار والعدميـة هي لب ظاهرة القلق (3) ·

والواقـع إن ثمـة نـزعتين إنسـانيتين مميـزتين، همـا القلـق والعـدوان، تخلقـان مشـكلات جـد خطـيرة للحيـاة الإنسـانية المتمدىنـة، سـواء بالنسـبة للارتقـاء الشخصـي أو للوجـود الآمـن المسالم مع الآخرين (1) ·

فاضـطرابات القلـق تعـد أكـثر الاضـطرابات النفسـية شـيوعا، وتتسـبب فـي إحـداث اختـلال وظيفي كبير لدى الفرد وفي شعوره بالضيق والكدر· وقد كـان لتطـور البحـث العلمـي تأثير كبير على فهمنا للآليات الكامنة وراء هذا الاضطراب والاستجابة للعلاج· ويعتبر العمل مـع الأشخاص الذين يعانون اضـطراب القلـق باعثـا علـى الارتيـاح والتشـجيع لـدى المعـالجين أو الأطباء النفسيين، لأن هؤلاء الأشـخاص، الـذين يعيشـون حالـة شـديدة مـن الضـيق والكـدر ، غالبا ما يستجيبون للعلاج المناسب ويستعيدون فاعلىتهم ووظيفيتهم (2) ·

لذا ينطوي فهمنـا للقلـق علـى أهمية كبيرة، وذلـك لارتبـاط القلـق بـالتوافق ومشـكلاته ، ولأن القلق يؤثر غالبا في كل فرد في فترة مـا مـن فتـرات حياتـه · وإذا كـان بعـض البـاحثين يؤكـد

أهمية القلق باعتباره (حجر الزاوية لكل الاضطرابات النفسية)، وأن القلق يسبب اضطرابا للأفراد ذوي المشكلات النفسية ، فإن القلق يمكن أيضا أن يجعل الأفراد الذين يتصفون بالسواء وبحسن التوافق في حالة من الضيق وعدم الارتياح· ويعتقد معظمنا أن القلق خبرة غير سارة، ولكنه قد يكون دافعا على تحقيق أهداف بناءة أو مفيدة· فهناك أوقات يكون فيها القلق إشارة إلى الخطر · وفي بعض المواقف قد يعمل القلق على تحسين أداء الفرد لمهام معينة · وقد يعمل القلق لدى أفراد آخرين على تكثيف شعورهم بخبراتهم السارة· فعلى سبيل المثال، إحساس الأم بالفرح والبهجة لولادتها لطفلها قد يرتفع نتيجة للقلق الذي تخبره ارتباطا بهذا الحدث (3)·

ولهذا فإن الاختلاف في القلق بين فرد وآخر، شأنه في ذلك شأن معظم الظاهرات العاملة في حياتنا النفسية ، هو اختلاف في الدرجة وليس في النوع· فالقلق ظاهرة يخبرها الناس بدرجات مختلفة من الشدة ، وتبدو في مظاهر متباينة من السلوك ، وتستثار استجابة لمنبهات أو إشارات أو إلماعات متباينة· ومن ثم، يمكن فهم القلق في نسق (متصل) يتدرج بين حالات السواء والاضطراب· وعلى هذا المتصل يختلف القلق من قلق موضوعي أو عادي إلى قلق عصابي أو مرضي· فالقلق الموضوعي أو العادي استجابة طبيعية لمواقف من الضغط أو الخطر أو التهديد يكون الفرد على وعي بها وبظروفها وحدودها ، وتنشّط سلوكه لمواجهة تلك الحالة الباعثة على التوتر أو الضيق· أما القلق العصابي أو المرضي فهو حالة مستمرة معممة غامضة من الشعور بالخطر أو التهديد· وفي ذلك تبدو طبيعة القلق باعتباره ظاهرة إنسانية· فالقلق من ناحية يعد محركا أوليا للسلوك وطاقة دافعية للحياة النفسية تنشيطا وتوجيها وتنظيما ، ومن ناحية أخرى يعد القلق مكونا أو عاملا أساسيا للاضطرابات النفسية والسلوكية · وعلى هذا الأساس ، تذهب نظرية التحليل النفسي إلى التأكيد على التوظيف النفسي للقلق باعتباره مبدأ أساسيا يحكم حركة الحياة النفسية في صحتها وفي مرضها ·

وينطوي القلق ، في كل مستوياته، على حالة انفعالية مؤلمة أو غير سارة إزاء منبهات الخطر أو التهديد، يخبُرُها الأشخاص في نزعتهم إلى اللذة أو المتعة - وهي نزعة غريزية إذا افترضنا ذلك، ومن ثم يحاولون التغلب على تلك الحالة غالبا بأية حيلة أو أسلوب، بل إن الأشخاص العاديين قد يستنفدون قدرا كبيرا من طاقتهم النفسية في مختلف المناورات أو الحيل الدفاعية لمواجهة تلك الحالة أو خفضها · ولكن ، في حالة الأشخاص العصابيين، قد تصبح هذه الجهود الدفاعية زائدة إلى الحد الذي يستنفد طاقاتهم ولا يتبقى منها إلا القليل للسلوك البنائي، وهم لذلك يعيشون حالة من الفقر أو الجدب النفسي، بقدر ما يصيرون مكبلين بنزعة مسيطرة إلى السعي للهرب من القلق ·

ويشير (روللو ماي) (1) في كتابه (معنى القلق) إلى إمكانات الارتقاء الإنساني الكامنة في الاستجابة المناسبة للمنبهات الباعثة على القلق · ولقد لقيت هذه التفسيرات تأييدا فيما قدمه (تورانس) (2) من بحوث وتنظير تؤكد أن الحلول الإبداعية للمشكلات تعمل بمثابة ترياق للقلق، أي تحويله إلى طاقة دافعية للإبداع· ولهذا لا يعتبر القلق دائما قوة تدميرية أو استنزافية أو باعثة على الضعف والوهن في السلوك الإنساني· ويميل كثير من علماء النفس والتربية إلى وصف العلاقة بين التعلم والقلق على أساس علاقة منحنية (*)؛ فكل من المستويات المرتفعة جدا والمنخفضة جدا في القلق إنما ترتبط ارتباطا سالبا بالتعلم، حيث ينتج عن ذلك الشكل المعروف بالمنحني المقلوب (والمعروف بحرف U مقلوبا) بين القلق وأداء المهام المعقدة ·

تمهيد :

لا يوجد اتفاق تام بين علماء النفس بشأن تعريف القلق، فقد يتقبل بعضهم تعريفا للقلق على أنه خوف غامض لا يكون استجابة لموضوع أو لمنبه معين· وفي ذلك يحدد القلق على أنه خوف غير نوعي، يتصف به أولئك الأفراد الذين يبدون مشاعر من الخوف لا يعرفون أسبابها· ويميل فريق آخر من علماء النفس ، وبخاصة من أصحاب التوجه السلوكي أو التعلم الاجتماعي، إلى تحديد القلق على أنه يتعلق في الغالب بموقف معين أو موضوع محدد يمكن تحديده، وبالتالي يعرفون القلق على أنه مشاعر غامضة من الخوف تستثار لدى أشخاص في موقف معين، في حين أنها لا تستثار لدى أفراد آخرين في نفس هذا الموقف، وفي ذلك تتبدى الخاصية الأساسية للقلق في أنه يستثار في حالة عدم وجود تهديد خارجي حقيقي(1) ·

ومثل هذه المفاهيم تعكس جانبا واحدا فقط من القلق، وهو المشاعر الذاتية أو الشخصية · لذا يقر علماء النفس بأن القلق ظاهرة تتكون من جوانب مختلفة متعددة تشمل المكونات الأساسية التالية، وهي(2) : (1) المشاعر الذاتية للخوف، (2) والاستثارة الفيزيولوچية، (3) والدلائل السلوكية للقلق ·

تبدو مكونات المشاعر الذاتية للقلق لدى الفرد في كل شيء يقوله أو يعبر به حينما يصف مشاعر القلق كما يخبرها شخصيا· ويمكن أن يطلق على هذه الفئة من المكونات مصطلح (القلق كما يقرره الفرد ذاتيا) أو (التقرير الذاتي للقلق) Self - reported anxiety ، ويتضمن الهم والكدركعنصر اكتئابي ، وضعف القدرة على التفكير بوضوح، والخوف أو الخشية من شر أو خطر مرتقب، والشعور بالارتباك أو الاضطراب، والشعور بالضغط أو التوتر· كما تتضمن هذه المكونات إدراك الفرد لاستجاباته الجسمية وللتغيرات الفيزيولوچية، كأن يقرر بأن معدته تعتصرها تقلصات شديدة، أو بأن عضلاته مشدودة ومتوترة، أو بأنه غير قادر على أن يرى بوضوح الأسئلة التي يتضمنها اختبار يطبق علىه · وقد بذل علماء النفس محاولات كثيرة لقياس التقرير الذاتي للقلق، كما يتضح ذلك ، على سبيل المثال، في مقياس القلق الظاهر MAS) Taylor Manifest Anxiety Scale (الذي طورته (چانيت تايلور) في عام 3591، فقد طلبت (تايلور) إلى بعض علماء النفس الكلينيكيين أن يقدروا عددا من البنود التي تعكس القلق بشكل صريح· وكان هناك اتفاق كبير بين هؤلاء الاختصاصيين حول ستة وخمسين بندا ، اختصرتها (تايلور) إلى خمسين بندا· ويعد هذا الاختبار أداة بحثية وليس اختبارا كلينيكيا لتعرف الاضطرابات النفسية · وقد أعد (محمد أحمد غالي((4691) هذا الاختبار للعربية، كما أعدت (فيولا الببلاوي) (7891) مقياس (كاستانيدا ، وماك كاندلس ، وبالرمو) للقلق عند الأطفال Children's 1) " CMAS " Manifest Anxiety Scale) الذي يعد تبسيطا لمقياس (تايلور) ليناسب الأطفال·

وتتضح المكونات الفيزيولوچية للقلق في عدد من الاستجابات الجسمية المرتبطة بالقلق، والتي يمكن قياس كثير منها بواسطة جهاز (المِخْطاط المتعدد) Polygraph ، والذي تشيع تسميته بـ (مِكْشاف الكذب) أو جهاز كشف الكذب Lie detector· وتتضمن هذه الاستجابات أعراضا قلبية وعائية (أي أعراضا متعلقة بالجهاز القلبي الوعائي Cardiovascular symptoms) مثل سرعةضربات القلب أو اضطرابه، أو ارتفاع ضغط الدم، أو أعراضا تنفسية Respiratory symptoms مثل صعوبة التنفس أو التنفس الخفيف السريع، أو أعراضا مَعدِية معوية Gastrointestinal symptoms مثل الغثيان والإسهال· وهناك أعراض فيزيولوچية أخرى للقلق تشمل التعرق أو تصبب العرق،

وكثرة التبول أو التوتر العضلي · ومما تجدر ملاحظته أن كل هذه الأعراض الفيزيولوچية أو حتى عديد منها لا يخبرها بالضرورة كل فرد يعاني القلق؛ فلكل فرد نمطه الخاص المميز للاستجابات الجسمية المرتبطة بالقلق، فقد يبدي فرد زيادة في معدل ضربات القلب ولا يبدي توترا في المعدة· وقد يبدي فرد آخر حالة من الغثيان الذي يصل إلى حد القيء ولكن لا توجد لديه زيادة في ضربات القلب، وما ذلك إلا نوعية الأعراض Symptom Speceficity ·

أما الدلائل السلوكية للقلق ، فمن السهل عند معظمنا تعرف دلائل القلق لدى الآخرين· فإذا رأينا شخصا غير مستقر، أو يداه ترتعشان، أو يتصبب عرقا، أو صوته يرتجف، فإننا قد نشك بأنه قلق، على الرغم من أن هذه الدلائل قد تعزى إلى عوامل أخرى مثل قلة النوم أو الجوع أو تعاطي مخدرات كالأمفيتامينات· ويتأكد هنا أيضا أن لكل فرد أسلوبه الخاص المميز له في استجابته السلوكية للقلق، فعلى سبيل المثال ،قد يبدي فرد في حالة القلق دلائل من تصبب العرق ، في حين يبدي فرد آخر تنفسا ثقيلا· ويبرز العلماء السلوكيون نمطين سلوكيين متعلقين بالقلق، هما : السلوك الإحجامي Avoidance behavior والسلوك الهروبي Escape behavior· وتشير مثل هذه الأنماط السلوكية إلى النزعة التي توجه بعض الأشخاص إلى تجنب المواقف التي تستدعي لديهم قلقا، أو إلى الهروب منها ، كأن يحجم فرد مثلا عن تلبية الدعوة إلى حضور حفلة لأنه سوف يتقابل فيها مع أشخاص لا يعرفهم· أما إذا لبى الفرد الدعوة إلى حضور الحفلة ثم تركها في وقت مبكر لأنه شعر بالقلق، فإن استجابته في هذه الحالة تمثل سلوكا هروبيا من موقف مقلق أو باعث على عدم الارتياح · ومن المحتمل أن يؤدي السلوك الإحجامي والهروبي إلى تعطيل أو تعويق التوافق عند الفرد لأن هذا النمط من السلوك يحرمه من المشاركة في أنشطة باعثة على البهجة والرضا بسبب ما يتملكه من مشاعر القلق· كذلك قد يكون من الصعب على الفرد أن يعدل من سلوكه الإحجامي أو الهروبي، لأن هذه الأفعال تلقى تعزيزا بواسطة خفض القلق، الأمر الذي قد يزيد من صعوبة مواجهة الموقف مرة أخرى· وغالبا ما تتطور هذه الاستجابات الإحجامية أو السلوكية في شكل دائرة مفرغة يكون من الصعب كسرها من دون مساعدة مهنية ·

ويبدو من هذا التحليل أن القلق ليس مفهوما أحاديا؛ ذلك أن مكوناته المختلفة (التقرير الذاتي للقلق، والاستثارة الفيزيولوچية، والسلوك الإحجامي أو الهروبي) غالبا ما تكون مستقلة عن بعضها بعضا · فعلى سبيل المثال، قد يعبر بعض الإفراد عن قدر كبير من الضيق والكدر، ولكنهم يخبرون قدرا قليلا من الاستثارة الفيزيولوچية· وقد يعبر بعض الأفراد عن قلق خفيف، ومع ذلك فإنهم يستمرون في تجنب بعض المواقف· وهنا يبدو من الأهمية بمكان أن يضع الاختصاصي الكلينيكي في اعتباره ما قد يوجد من عدم تطابق بين مكونات القلق، فلا يركز على بعض المكونات أو الجوانب ويهمل الأخرى، فالعلاج الفعال ينبغي أن يركز على المكونات الثلاثة للقلق(1) ·

ويتناول بعض الباحثين القلق من منظور مفهومين ، هما : حالة القلق State anxiety وسمة القلق Trait anxiety· ويتمثل هذا المنحى في نظرية (سپيلبرجر) (2) : فسمة القلق مفهوم يمكن استخدامه في وصف خاصية ثابتة نسبيا لدى الفرد ، الذي يكون بشكل عام متوترا ومهموما ويكون القلق هو أسلوبه المميز في الاستجابة لمواقف ومنبهات متعددة · أما (حالة القلق) ، فهي مفهوم يمكن استخدامه في وصف حالات انفعالية وقتية تستثيرها مواقف أو منبهات معينة، وتكون الحالة الانفعالية غالبا هي رد فعل طبيعي إزاء الموقف أو المنبه· ويبدو من هذا التمييز بين هذين المفهومين، أن (سمة القلق) تعتبر خاصية مميزة للشخصية، ويمكن قياسها عن طريق أدوات مثل (مقياس القلق الظاهر لتايلور) و (مقياس

حالة القلق وسمة القلق لسبيلبرجر). ويظهر التباين واضحا بين الأفراد في درجة شدة الأعراض التي يبدونها . أما (حالة القلق)، فتتوقف على الموقف النوعي أكثر مما تتوقف على شخصية الفرد . وقد ينتج عن حدوث تغيرات في البيئة تغيرات في حالة القلق. ولكن (سمة القلق) لا تتأثر نسبيا بالتغيرات البيئية. ومع ذلك، توجد علاقة واضحة بين حالة القلق وسمة القلق . فقد وجد أن الأفراد الذين يتصفون بدرجة عالية في (سمة القلق) يخبرون حالة القلق في عديد من المواقف. فعلى سبيل المثال، وجد بعض الباحثين في إحدى التجارب التي كانت تهدف إلى بحث تأثير الجراحة على أفراد يتصفون بكل من حالة القلق وسمة القلق (1) ، أن الأفراد ذوي المستوى المرتفع في سمة القلق يخبرون قلقا لمدة أربع وعشرين ساعة قبل إجراء العملية الجراحية ولعدة أيام بعدها، وذلك بدرجة أكبر من الأفراد ذوي المستوى المنخفض في سمة القلق . ويلاحظ أن هاتين المجموعتين من الأفراد قد ارتفعت لديهما مستويات القلق قبل إجراء الجراحة مقارنة بمستويات القلق بعد إجرائها . وتوضح هذه الدراسة التجريبية أنه بينما يحتمل أن كل فرد قد يخبر قلقا في مواقف الضغط والشدة، فإن الأفراد الذين يتصفون بالقلق بشكل مزمن يخبرون حالة القلق بدرجة أكثر شدة في تلك المواقف .

تطور تصنيف اضطرابات القلق :

يعزى إلى أعمال (سيجموند فرويد) فضل كبير في وضع الأساس العلمي لتفسير القلق وتصنيف اضطراباته. ويعتبر الدور الذي قام به فرويد في تاريخ علم النفس الكلينيكي موازيا للدور الذي اضطلع به (كريبلين) في مجال آخر من مجالات الاضطرابات النفسية ، ونعني به تصنيف الفصام واضطرابات المزاج. فلقد حاول (فرويد) أن يميز الاضطرابات التي كانت تعرف حتى ذلك الوقت باضطرابات (الوهن النفسي) Neurasthenia، وذلك بأن قدم وصفا لزملة محددة من الاضطرابات أطلق عليها مصطلح (عُصاب القلق) Anxiety neurosis. ثم توالت جهوده في هذا الميدان ليقدم وصفا فيما بعد لما يعرف بـ (العصاب الرُهابي) Phobic neurosis ، و (العصاب الوسواسي - القهري) Obsessive - compulsive neurosis وغيرهما من الأعصبة. وعلى الرغم من أن كلا من (الدليل التشخيصي والإحصائي الأول) DSM-I(APA,1952) و (الدليل التشخيصي والإحصائي الثاني) DSM-II(APA,1968) استخدما مفهوم (العصاب) Neurosis باعتباره مبدأ منظما أساسيا ، فإن هذين الدليلين استخدما تعريفات غامضة وغير محددة لـ (اضطرابات القلق) وفقدا الأوصاف الثرية التي قدمها فرويد في هذا الشأن (1) . فلقد تناولا (عصاب القلق) وفقا لنظرية التحليل النفسي التي تعتبر القلق مظهرا لحفزات لاشعورية ، ولصراع نفسي داخلي، ولدفاعات الأنا. ويتضمن (عصاب القلق) (وهو مصطلح صكه فرويد في عام 5981) أي شخص يعاني توترا مزمنا، أو كدرا أو هما زائدا، أو نوبات قلق متكررة .

ولقد كان لنتائج البحوث التي أجريت في السبعينات أثرها في تطور تصنيف اضطرابات القلق، فقد أظهرت النتائج أن نوبات الهلع التلقائية المميزة قد تكون من الناحية الكيفية غير مماثلة لحالات القلق المزمن. فالأشخاص الذين يعانون نوبات هلع متفردون في استجابتهم للحقن بـ (لبنات الصوديوم) Sodium lactate ، وفي انتسابهم لتجمع عائلي تشيع فيه تلك النوبات، وفي تطور رهاب الخلاء لديهم، وفي استجابتهم لمضادات الاكتئاب الثلاثية Tricyclic antidepressants . وبناء على ذلك، فإن التصنيف الذي قدمه (الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث) DSM-III (APA,198 .) و (الدليل الثالث المعدل) DSM-III-R (APA,1987) يوفر أساسا متينا للبحث في مظاهر (فينومينولوچيا) القلق، وتاريخه الطبيعي، وتشخيص المآل، وعلاجه. وهذان الدليلان قسما عصاب القلق

إلـى فئتيـن : اضطـــراب الهلـع Panic disorder ، واضطـــراب القلـــق المعـــمم Generalized anxiety disorder·

ومع هذا التقدم في تصنيف اضطرابات القلق، فقد ثار جدل ونقد لهذا التصنيف بين الباحثين في هذا الميدان (2) : فيشير بعض الباحثين إلى أن الفئات التي يقدمها (الدليل التشخيصي الثالث) تعتبر فئات وصفية تثير مشكلات تشخيصية عديدة وتتطلب تحققا من صدقها التشخيصي استنادا إلى ما تكشف عنه البحوث من نتائج· فعلى سبيل المثال، تتصف اضطرابات القلق المختلفة بالتباين فيما بينها في الاستجابة التلقائية للضغوط، كما أن الاستثارة التلقائية تكون واضحة في الاضطرابات الرُهابية وكذلك في حالات القلق وفي اضطراب الضغوط التالية للصدمة (3) · وفي هذا الاتجاه، يذهب باحثون آخرون إلى أن نوبات الهلع تعتبر مصدرا رئيسا لنشأة رهاب الخلاء (1) ، وأن رهاب الخلاء قد يكون شكلا من أشكال اضطراب القلق المعمم (2)، وأن اضطراب القلق المعمم واضطراب الهلع ينبغي تصنيفهما بشكل هرمي تحت فئة رهاب الخلاء (3) ·

ويميل باحثون كثيرون إلى اعتبار القلق بُعْدا من الأبعاد أكثر منه فئة· فالقلق قد يأخذ أشكالا مختلفة اعتمادا على متغيرات مستويات الضغوط، والبيئة ، والعلاقات الشخصية المتبادلة· وقد تكون اضطرابات القلق المختلفة مجرد تباينات على نفس الموضوع، مع تغير شكل التعبير عن القلق (مثل الوساوس أو الهلع) من وقت إلى آخر· ويتضح ذلك خاصة من المنظور الكلينيكي (4)·

ولهذا، يعتبر بعض الباحثين أن تصنيف (الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث) لاضطرابات القلق والهستيريا وتوهم المرض تصنيف معقد، وباعث على الارتباك من الناحية الكلينيكية، وتنقصه مصداقية التعرف الدقيق إلى تلك الاضطرابات واكتشافها· فالشخص القلق يمكن هكذا وضعه في أية فئة من بين خمس وعشرين فئة تشخيصية مختلفة· ولكن هذه الفئات وما تتضمنه من مجموعات تعد مظاهر لنفس الحالة سواء من ناحية الوصف الكلينيكي أو من ناحية التطور الطبيعي مع مرور الوقت، فكل منها يصف جوانب مختلفة لنفس الظاهرة، في حين أنه يتطلب تحديد الفروق المهمة في الأعراض الواسمة لكل منها· ولهذا، فقد سعي بعض الباحثين إلى تحديد تصنيف لفئات اضطرابات القلق يكون مفيدا من الناحية الكلينيكية والتجريبية، يشمل حالات القلق، والهستيريا، وحالات الرهاب، والحالات النفسية الجسمية، وتوهم المرض، واضطراب الهلع· ويستند هذا النظام التصنيفي إلى التمييز بين نوبات القلق التلقائية Spontaneous anxiety states (القلق داخلي المنشأ Endogenous anxiety) باعتبارها المحور البيولوچي لهذه الاضطرابات وبين القلق الذي يتفجر خارجيا (القلق خارجي المنشأ Exogenous anxiety)· وتتحدد الأنماط الفرعية لهذه الاضطرابات وفقا لبعدي الإزمان والشدة (5) :

(1) القلق داخلي المنشأ Endogenous anxiety :

أ - القلق البسيط داخلي المنشأMinor endogenous anxiety

ب - القلق الأساسي داخلي المنشأMajor endogenous anxiety

حـ - القلق الرهابي البسيط داخلي المنشأ Minor endogenous phobic anxiety

د - القلق الرُهابي الأساسي داخلي المنشأ Major endogenous phobic anxiety

هـ - القلق الثانوي داخلي المنشأ Secondary endogenous anxiety

(2) القلق خارجي المنشأ Exogenous anxiety :

أ - القلق الحاد خارجي المنشأ Acute exogenous anxiety

ب - القلق الرُهابي خارجي المنشأ Exogenous phobic anxiety

حـ - القلق المزمن خارجي المنشأ Chronic exogenous anxiety

د - القلق التوتـري Tonic anxiety

ويبدو القلق داخلي المنشأ في أعراض مرحلية وبارزة تأخذ مدى عمريا مميزا لها· أما القلق خارجي المنشأ فهو رد فعل تعويضي للضغوط التي تفجرها المنبهات البيئية المباشرة· وتعتبر نوبات الهلع من أبرز المعالم المميزة للقلق داخلي المنشأ، في حين يعتبر الرهاب ، والقلق التوقعي، وسوء إدراك الواقع، واختلال الإنية وغيرها من الأعراض المتعلقة بالقلق مضاعفات تحدث فيما بعد ، حيث يتوقف ذلك على عاملي الشدة والإزمان لنوبات الهلع التلقائية· وهنا يحدد بعض الباحثين عددا من الآليات المتضمنة في تطور اضطراب القلق أو استدعائه (1) :

1 - تنشيط العمليات الأيضية ·

2 - الإشراط التقليدي (الكلاسيكي) عن طريق النوبة التلقائية·

3- اكتساب مخاوف رهابية عن طريق تعميم المنبه ·

4 - اكتساب أعراض عن طريق الإشراط الاستنباهي الباطني Interoceptive conditioning (أي من خلال المستنبهات الباطنية interoceptors ، وهي أطراف عصبية تستجيب للمنبهات الناشئة داخل الجسم وبخاصة في الأحشاء)·

5 - تدعيم الأعراض عن طريق الإشراط الإجرائي Operative Conditioning ·

ويحدد القلق داخلي المنشأ بداية الاضطراب ، في حين يؤدي نشاط القلق إلى تدعيم الأعراض والسلوكات الإشراطية التالية وإلى استمرارها· وهكذا يفيد تصنيف القلق إلى قلق داخلي المنشأ وقلق خارجي المنشأ فيما ينطوي علىه من تضمينات علاجية، فيزيولوچية أو نفسية ·

وقد شهدت فترة الثمانينات نماذج تصنيفية أخرى لاضطرابات القلق ، وبخاصة التصنيف المعرفي - السلوكي· فوفقا للمنحى المعرفي - السلوكي يمكن تصنيف القلق اعتمادا على المعتقدات الشائعة والأفكار الآلية والسلوك الإحجامي· يبدو ذلك في تصنيف (بيك) للقلق إلى خمس فئات ، يحددها فيما يلي (1) :

1 - القلق المعمم (الحاد والمزمن) ·

2 - اضطرابات الهلع ·

3 - الرهاب البسيط (الأحادي والمتعدد)·

4 - رهاب الخلاء ·

5 - قلق التقييم ·

يعزى القلق الحاد Acute anxiety إلى صدمة (حقيقية أو مُدركة) أو إلى التهديد بحدوث صدمة · وفي حالة القلق الحاد، يدرك الفرد الحدث باستمرار على أنه خطير ويسمه بالخطر ، وتنشأ بالتالي حالة من التعبئة الكلية لطاقاته إزاء تلك الحالة ·

ويعتبر القلق التوقعي Anticipatory anxiety الخاصية الرئيسة المميزة للقلق المزمن · فالأشخاص قد يتوقعون فقدانا اجتماعيا أو خسارة اجتماعية (بسبب النبذ أو الهجران) أو خسارة فردية (بسبب خضوعه لسيطرة أو تحكم من الغير أو عدم تقديرهم له)، فهم يفكرون على المستوى الفردي بأنهم يبدون غير أكفاء، وعلى المستوى الاجتماعي بأنهم يفقدون السند الانفعالي أو السند المستمد من العلاقات الشخصية المتبادلة · ومن شأن المخاوف في الطفولة أن تقوم بدور كبير في تطور القلق والرُهاب الاجتماعي في المراحل العمرية التالية ·

ويبدو القلق المعمم Generalized anxiety فيما يتملك الشخص من هَمٍّ أو كدر إزاء افتقاده للثقة بالنفس والأمن الشخصي · وعلى العكس من ذلك، فإن الشخص في حالة الرُهاب الاجتماعي يركز على نقص مهاراته الاجتماعية · ويقرر (بيك) أن مخاوف الشخص في حالة القلق المعمم تتعلق بالعلاقات الشخصية المتبادلة ، كأن يشعر بعدم التقدير أو بالسخرية أو بالنبذ من الآخرين· وعلى العكس من ذلك فإن الأشخاص المصابين بنوبات الهلع يخافون من وقوع كارثة جسمية أو عقلية، كأن يتعرضوا لأزمة قلبية أو لانهيار نفسي·

وعلى الرغم مما يشيع لدى بعض الباحثين من أن نوبات الهلع تحدث دون معارف أو أفكار توجه الفرد ، يعتقد (بيك) أن الأفراد يمكن تدريبهم على تحديد الأفكار أو الصور السابقة (الآلية) على حدوث تلك النوبات، وأن الهلع يخلق الاعتقاد بأن الفرد عرضة للخطر نتيجة لاضطرابات داخلية لا يستطيع أن يتحكم فيها ·

ويتضمن الرهاب ثلاثة موضوعات رئيسة ، هي : (1) النبذ الاجتماعي، و (2) محتوى رهاب الخلاء (السفر وحده ، والمرتفعات ، والزحام) ، و (3) التعرض للدم · أما في حالة رهاب الخلاء ، فيعتقد الفرد بأن اضطرابا جسميا أو انفعاليا غامرا وشيك الوقوع، وبالتالي فإن تفكيره يركز على الحاجة إلى السلامة·

أما في حالة قلق التقييم Evaluation anxiety ، فيبدي الأشخاص خوفا من التقييم السالب لهم، فهم يخافون من أن يفعلوا شيئا يجعلهم بؤرة انتباه الآخرين، ويعتقدون أن انكشاف ضعفهم سوف يترتب عليه نبذ اجتماعي واستبعاد مستديم لهم·

الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع

(DSM-IV (1994

تحدد (الرابطة الأمريكية للطب النفسي) (4991) مفهوم القلق واضطرابات القلق على النحو التالي :

القلق Anxiety : هو الخشية أو الخوف من شر أو خطر مرتقب (

Apprehension)، أو التوتـر (Tension) ، أو الارتبـاك أو الاضـطراب أو المشـقة (Uneasiness) من توقع الخطر، ويكون مصدر القلق غير معروف أو غير مفهوم إلـى حد كبير · وتتحدد أصول القلق في الأساس (من داخل النفس) Intrapsychic، تمييزا له عن (الخوف) Fear الذي هو استجابة انفعالية لتهديد أو خطر عادة ما يكون من خارج الفرد ويدركه بطريقة واعية ·وقد يكون القلق مَرَضيـا حينما يتسبب في تعطيل أو تعويق فاعلية الفرد في الحياة، أو تحقيقه لأهدافه المنشودة أو إشباعاته المرغوبة، أو ارتياحه أو طمأنينته الانفعالية المعقولة (1) ·

اضطرابات القلق Anxiety Disorders : وهي فئة واسعة من الاضطرابات النفسية، تتضمن وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية DSM-1V عدة فئات فرعية، هي : اضطراب الهلع من دون رُهاب الخلاء ، واضطراب الهلع مع رُهاب الخلاء، ورُهاب الخلاء من دون تاريخ سابق لاضطراب الهلع ، والرُهاب النوعي (البسيط) ، والرُهاب الاجتماعي (اضطراب القلق الاجتماعي)، واضطراب الوسواس القهري، واضطراب الضغوط التالية للصدمة، واضطراب الضغوط الحاد ، واضطراب القلق المعمم (بما فيه اضطراب القلق الزائد في الطفولة(، واضطراب القلق الذي يعزى إلى حالة طبية عامة، واضطراب القلق الناتج عن مادة من مواد العقاقير أو المخدرات· (أما تضمين (اضطراب القلق - الاكتئاب المختلط) داخل فئة اضطرابات القلق ، فلا يزال بحاجة إلى مزيد من الدراسة) (2)·

يتضح هكذا من مفهومي القلق واضطرابات القلق وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM-IV ، أن (الرابطة الأمريكية للطب النفسي) تقسم (اضطراب الهلع)، مثل (الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل) DSM-III-R ، إلى فئتين فرعيتين، هما : (اضطراب الهلع مع رُهاب الخلاء) Panic disorder with agoraphobia و (اضطراب الهلع من دون رُهاب الخلاء) Panic disorder without agoraphobia · وقد أولى الدليل التشخيصي الرابع اهتماما كبيرا لإيضاح قضايا عديدة تتعلق بالتشخيص والتشخيص الفارق لاضطراب الهلع · وبناء على ذلك، صارت تعرف نوبات الهلع بأنها تحدث ليس فقط في اضطراب الهلع ولكن أيضا في اضطرابات القلق الأخرى (مثل ، الرُهاب النوعي، والرُهاب الاجتماعي، واضطراب الضغوط التالية للصدمة)· وفي هذه الاضطرابات الأخرى تكون نوبات الهلع مقيدة بمواقف معينة أو تستثيرها دلائل أو علامات أو إلماعات Cues معينة - أي إنها تحدث تحديدا داخل نسق الموقف الباعث على الخوف· وقد أوضح الدليل التشخيصي الرابع هذا الغموض والالتباس عن طريق تقديم تعريف بشكل صريح لنوبة الهلع مستقلا عن اضطراب الهلع، كما يبرز أن نوبة الهلع يمكن أن تأتي غير متوقعة، أو مقيدة موقفيا (أي تستثيرها دلائل أو إشارات أو إلماعات معينة)، أو مقترنة بمواقف معينة(1) ·

وقد أفاد الدليل التشخيصي الرابع في أن يفصل بدقة (اضطراب القلق المعمم) Generalized anxiety disorder عن القلق (العادي) أو (الطبيعي) " Normal" anxiety · ففي اضطراب القلق المعمم ، يكون الهم أو الكدر زائدا أو مفرطا، ومنتشرا ، ويصعب التحكم فيه ، كما يكون مرتبطا بأسى أو كرب أو اختلال ملحوظ (2) ·

تصنيف (الرابطة الأمريكية للطب النفسي)

لاضطرابات القلق

يصنف (الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع) DSM-IV اضطرابات القلق في الفئات التالية (3) :

نوبة الهلع Panic Attack :

وهي فترة منفصلة مميزة ، تحدث فيها البداية المفاجئة لحالة من الخشية (من شر أو خطر مرتقب) أو الخوف أو الرعب الشديد والكثيف، وتكون مرتبطة غالبا بمشاعر القدر المشئوم والوشيك. وأثناء هذه النوبات، يبدي الفرد أعراضا مثل قصر التنفس ، وخفقان القلب بسرعة وشدة، وآلام أو عدم ارتياح في الصدر ، وتعطيل أو إخماد الإحساسات، والخوف من (أن ينتابه الجنون) أو يفقد قدرته على السيطرة على نفسه .

رُهاب الخلاء Agoraphobia :

وهو القلق من ، أو (الإحجام عن) ، الأماكن أو المواقف التي يكون الهروب فيها صعبا (أو مربكا) ، أو التي قد يكون الحصول على مساعدة فيها غير متيسرة في حالة حدوث نوبة الهلع أو الأعراض الشبيهة بالهلع.

اضطراب الهلع من دون رُهاب الخلاء Panic Disorder Without Agoraphobia :

يتصف هذا الاضطراب بنوبات هلع متكررة غير متوقعة ، يبدي الفرد حيالها هَمًّا مقيما أو ضيقا مستديما .

اضطراب الهلع مع رُهاب الخلاء Panic Disorder With Agoraphobia :

يتصف هذا الاضطراب بكل من نوبات الهلع ورُهاب الخلاء باعتبارها حالات متكررة وغير متوقعة .

رُهاب الخلاء من دون تاريخ سابق لاضطراب الهلع

Agoraphobia Without History of Panic Disorder :

يتصف هذا الاضطراب بوجود رُهاب الخلاء وأعراض شبيهة بالهلع ، ومن دون وجود تاريخ سابق لنوبات هلع غير متوقعة .

الرُهاب النوعي Specific Phobia :

يتصف الرهاب النوعي بقلق ذي دلالة كلينيكية يستثيره تعرض الفرد لموضوع أو موقف نوعي يستدعي خوفا لديه، وغالبا ما يؤدي إلى سلوك إحجامي عنده .

الرُهاب الاجتماعي Social Phobia :

يتصف الرهاب الاجتماعي بقلق ذي دلالة كلينيكية يستثيره تعرض الفرد لأنماط معينة من المواقف الاجتماعية أو الأداء الاجتماعي، وغالبا ما يؤدي إلى سلوك إحجامي عنده.

اضطراب الوسواس - القهري Obsessive - Compulsive Disorder :

يتصف هذا الاضطراب بالوساوس (التي تسبب قلقا وكدرا ملحوظين) والأفعال القهرية (التي تعمل على تحييد القلق)، أو يتصف هذا الاضطراب بالأفعال القهرية فقط ·

اضطراب الضغوط التالية للصدمة Posttraumatic Stress Disorder :

يتصف هذا الاضطراب بمعاودة خبرة حدث صدمي شديد ، مصحوبة بأعراض الاستثارة الزائدة وبتجنب المنبهات المرتبطة بالصدمة ·

اضطراب الضغوط الحاد Acute Stress Disorder :

يتصف هذا الاضطراب بأعراض مماثلة لأعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة، تحدث مباشرة نتيجة لحدث صدمي شديد ·

اضطراب القلق المعمم Generalized Anxiety Disorder :

يتصف اضطراب القلق المعمم بفترة ستة أشهر على الأقل من القلق والهم المستديمين والزائدين ·

اضطراب القلق الذي يعزى إلى حالة طبية عامة

Anxiety Disorder Due to a General Medical Condition:

يتصف هذا الاضطراب بأعراض مسيطرة من القلق الذي يجري الحكم علىه على أنه نتيجة فيزيولوچية مباشرة لحالة طبية عامة ·

اضطراب القلق الناتج عن العقاقير أو المخدرات

Substance- Induced Anxiety Disorder :

يتصف هذا الاضطراب بأعراض مسيطرة من القلق الذي يجري الحكم علىه على أنه نتيجة فيزيولوچية مباشرة لسوء استخدام مادة من العقاقير أو المخدرات، أو لعلاج طبي، أو التعرض للسموم ·

اضطراب القلق غير محدد النوعية Anxiety Disorder Not Otherwise Specified :

يتضمن الاضطرابات المصحوبة بقلق مسيطر أو إحجام رُهابي، والتي لا تستوفي محكات أية فئة من فئات اضطرابات القلق المذكورة آنفا (أو أنه لا تتوفر معلومات كافية أو توجد معلومات متناقضة بشأن أعراض القلق) ·

[وتتضمن اضطرابات القلق فئة (اضطراب قلق الانفصال) Separation Anxiety Disorder - وهو اضطراب يتصف بالقلق المتعلق بالانفصال عن الوالدىن أو من يحل محلهما من الكبار· وقد سبق تناول هذا الاضطراب في القسم الخاص بتشخيص الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة] ·

تصنيف (منظمة الصحة العالمية) لاضطرابات القلق :

يدرج (التصنيف الدولي العاشر للاضطرابات النفسية والسلوكية) ICD-1 . ، الذي أصدرته (منظمة الصحة العالمية) WHO عام 2991، اضطرابات القلق مع مجموعة

إجمالية كبيرة، وهي : (الاضطرابات العصابية ، والاضطرابات المتعلقة بالضغوط، والاضطرابات الجسمية المظهر) (and Neurotic, Stress - related) (Somatoform Disorders)(1) · وقد وُضعت هذه الاضطرابات معا في هذه المجموعة الواسعة بسبب ارتباطها التاريخي بمفهوم العصاب، وبسبب ارتباط قدر كبير من هذه الاضطرابات بأسباب أو عوامل نفسية (2) · وتشمل هذه المجموعة سبع فئات رئيسة ، هي (3) :

1 - اضطرابات القلق الرُهابي Phobic Anxiety Disorders ، وتشمل أساسا رُهاب الخلاء، والرُهاب الاجتماعي، والرُهاب النوعي (المنعزل) ·

2 - اضطرابات القلق الأخرى Other Anxiety Disorders ، وتشمل أساسا اضطراب الهلع (القلق النوابي الفجائي الشدة Episodic paroxysmal anxiety)، واضطراب القلق المعمم، واضطراب القلق والاكتئاب المختلط، واضطرابات القلق المختلطة الأخرى، واضطرابات القلق النوعية الأخرى ·

3 - اضطراب الوسواس القهري Obsessive - Compulsive Disorder ، ويشمل أساسا الأفكار أو الاجترارات (الوسواسية المسيطرة) ، والأفعال القهرية المسيطرة (الطقوس الوسواسية Obsessional rituals) ، والأفكار والأفعال الوسواسية المختلطة Mixed obsessional thoughts and acts ، والاضطرابات الوسواسية - القهرية الأخرى ·

4 - رد الفعل للضغوط الشديدة ، واضطرابات التوافق Reaction to Severe Stress, and Adjustment Disorders ، وتشمل أساسا رد الفعل الحاد للضغوط ، واضطراب الضغوط التالية للصدمة، واضطرابات التوافق (رد الفعل الاكتئابي القصير، ورد الفعل الاكتئابي الممتد، ورد فعل القلق والاكتئاب المختلط، ومع اضطراب انفعالات أخرى مسيطر، ومع اضطراب سلوك مسيطر، ومع اضطراب انفعالات وسلوك مختلط، ومع أعراض مسيطرة أخرى محددة النوعية، وردود فعل أخرى للضغوط الشديدة ·

5 - الاضطرابات التفككية (التحولية) Dissociative (Conversion) Disorders : وتشمل أساسا فقدان الذاكرة التفككي (أو النساوة التفككية) Dissociative amnesia ، والشرود التفككي Dissociative fugue ، والذهول أو الانشداه التفككي Dissociative stupor ، واضطرابات الغشية والتلبس Trance and possession disorders ، والاضطرابات الحركية التفككية Dissociative motor disorders ، والتشنجات التفككية Dissociative convulsions ، والخُدار التفككي والفقدان الحسي Dissociative anaesthesia and sensory loss ، والاضطرابات التفككية (التحولية) المختلطة Dissociative (conversion) disorders Mixed، والاضطرابات التفككية (التحولية الأخرى، مثل اضطراب الشخصية المتعدد Multiple personality disorder ، وزملة جانسر Ganser's syndrome ، وغيرها من الاضطرابات)·

6 - الاضطرابات الجسمية المظهر Somatoform Disorders ، وتشمل أساسا اضطراب الاستغراق الجسدي Somatization disorder ، والاضطراب الجسمي المظهر غير المميز Undifferentiated somatoform disorder ، واضطراب توهم المرض Hypochondriacal disorder ، والاختلال الوظيفي التلقائي الجسمي المظهر Somatoform autonomic dysfunction مثل القلب والجهاز الوعائي القلبي Heart and cardiovascular system ، والجهاز التنفسي Respiratory

system ، واضطراب الألم الجسمي المظهر المستديم Persistent somatoform disorder ، وغيرها من الاضطرابات ·

7 - الاضطرابات العصابية الأخرى Other neurotic disorders ، وتشمل أساسا الوهن النفسي (أو عصاب الوهن أو عصاب النهك) Neurasthenia ، وزملة اختلال الإنية - واختلال إدراك الواقع Depersonalization - derealization syndrome ، واضطرابات عصابية نوعية أخرى ·

ويتضح من تناول (منظمة الصحة العالمية) WHO لاضطرابات القلق ، أن هذه الفئة لا تبرز هكذا بشكل محدد ومميز ، الأمر الذي يجعل من تصنيف (الرابطة الأمريكية للطب النفسي) في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM-IV أكثر وضوحا وتحديدا، على الرغم من التقارب الكبير بين الدليل الرابع و (التصنيف الدولي العاشر) ICD-1 . ·

أعراض أضطرابات القلق

تمهيد :

تتسم اضطرابات القلق بأن القلق هو العَرض الأساسي في هذه الاضطرابات، أو بأن القلق هو السبب لأعراض أخرى. كذلك يعتبر القلق عرضا في عديد من الاضطرابات الأخرى. فعلى سبيل المثال، من الشائع أن يعاني الأشخاص المكتئبون قلقا، كما أن القلق غالبا ما يكون عرضا من أعراض الفصام . ولكن القلق، في حالة اضطراب القلق، يكون هو العَرض الأول أو السبب الأولي لأعراض أخرى، في حين أنه في حالة الاضطرابات الأخرى، يكون القلق نتيجة لمشكلات أخرى. فعلى سبيل المثال، قد يبدي الشخص المكتئب قلقا لأنه يعتقد أنه فاشل وتعيس وبلا قيمة في هذه الحياة . وقد يبدي شخص فصامي قلقا لأنه يتملكه هذاء من أن عقله سيصيبه الدمار بسبب موجات من أشعة جاما صادرة عن كوكب آخر . لذا، من الأهمية بمكان مراعاة التمييز بين القلق الأولي والقلق الثانوي عند وضع التشخيص والتخطيط للعلاج .

وفي هذا الإطار ، يمكن تبين الصورة الكلينيكية العامة للقلق، والصورة الكلينيكية النوعية لاضطرابات القلق، وذلك فيما يلي :

الصورة الكلينيكية العامة للقلق

(أعراض القلق)

يتبدى القلق في مُركب من الأعراض المزاجية والمعرفية والجسمية والحركية ، تشكل في مجملها الصورة الكلينيكية العامة الواسمة للقلق. وذلك ما نعرضه في تجمعات الأعراض التالية (1) :

الأعراض المزاجية :

تتكون الأعراض المزاجية للقلق بشكل أولي من القلق، والتوتر ، والهلع ، والخشية أو الخوف من شر أو خطر مرتقب. ويتصف الفرد الذي يعاني القلق بأنه تتملكه مشاعر عن قدر مشئوم أو كارثة مروعة وشيكة الوقوع من مصدر معين أو مصدر غير معلوم.

ويرتبط بالقلق أعراض مزاجية أخرى، تتضمن غالبا الاكتئاب والتهيج. وقد ينبع الاكتئاب من حقيقة أن الفرد ربما لا يرى حلا لمشكلاته ويستسلم لشعور بالعجز واليأس . ويؤدي اضطراب النوم، الذي يعزى إلى القلق، إلى التهيج وعدم الاستقرار. وفي هذه الحالة يعتبر الاكتئاب والتهيج أعراضا ثانوية للقلق لأنها تنبع من القلق الذي يمثل العرض الأولي(1) .

الأعراض المعرفية :

تعكس الأعراض المعرفية في اضطرابات القلق إدراك الفرد وتوقعه لسوء طالع أو قدر

مشئوم، أو ارتقابه لخطر أو شر و شيك الوقوع· فعلى سبيل المثال، يستغرق الفرد، الذي يخاف أن يوجد في وسط جماعة أو جمهور، قدرا كبيرا من الوقت في الشعور بالهم والضيق إزاء تلك الأشياء المروعة التي قد تحدث على الملأ وفي حضرة الآخرين، وفي التخطيط لكيفية تجنب تلك الأشياء· أضف إلى ذلك، أنه ما دام انتباه الفرد مركزا على الكوارث المحتملة أو المتوقعة، فإنه لا ينتبه إلى المشكلة الحقيقية التي تعن له، ويكون بالتالي مشتت الانتباه· وينتج عن هذه الحالة من نقص تركيز الانتباه أو عدم ملاءمته ، أن الفرد غالبا لا يعمل أو لا يدرس بفاعلية ، الأمر الذي يضيف مضاعفات إلى قلقه (2) ·

ويبرز من نتائج البحث في هذا الجانب، أنه يمكن تمييز ثلاث فئات من العمليات المعرفية المرتبطة بالقلق؛ فالأفراد الذي يعانون القلق (أ) ينتبهون بطريقة انتقائية للمعلومات المتعلقة بالتهديد أو الخطر، (ب) وتنشط لدىهم الذاكرة على نحو يُزيد من تدفق المعلومات المتعلقة بالتهديد أو الخطر ، (حـ) ويمن دون تحيزا تفسيريا يفضل المعاني الأكثر تهديدا والمشتقة من المعلومات الغامضة· وفيما يتعلق بمحتوى التفكير، فقد وجد أن القلق يشتمل على هموم وسواسية، والحديث السلبي مع الذات Negative self - talk ، ونقص الفاعلية الذاتية ، ونكران الذات ، وغير ذلك من الأعراض التي تبدو من التقارير اللفظية للنشاط المعرفي (3) ·

الأعـراض الجسميـة :

يمكن تقسيم الأعراض الجسمية للقلق إلى مجموعتين : المجموعة الأولى، وهي الأعراض الفورية Immediate symptoms ، التي تتكون من التعرق (تصبب العرق)، وجفاف الفم، والتنفس الضحل، وسرعة نبضات القلب، وزيادة ضغط الدم، وآلام في الرأس، وشعور بالتوتر العضلي· ومثل هذه الأعراض الأولية تعكس مستوى عاليا من الاستثارة للجهاز العصبي التلقائي · وقد تحدث أعراض إضافية لأن الفرد يبدأ بالتنفس بسرعة زائدة، وتلك هي العملية المعروفة بمصطلح (فرط التنفس) Hyperventilation· وينتج عن هذه العملية أعراض مثل الصداع وارتعاشات الأطراف وخفقان القلب وآلام الصدر وصعوبة التنفس ·

أما المجموعة الثانية من الأعراض الجسمية للقلق، وهي الأعراض المُرْجَأة أو المتأخرة Delayed symptoms ، فتنتج عن استمرار القلق وامتداده وإزمانه· وتبدو هذه الأعراض المرجأة أو المتأخرة في ارتفاع ضغط الدم المزمن، والصداع ، والضعف العضلي، والاضطرابات المعوية مثل عسر الهضم والتقلصات المعدية· وتعكس هذه الأعراض إجهادا أو انهيارا للجهاز الفيزيولوچي، نابعا من الاستثارة الممتدة أو المستمرة· وفي بعض الحالات قد تتسبب الاستثارة الممتدة أو المزمنة في إحداث تلف حاد في الأنسجة، مثلما يحدث في حالة الحموضة المستمرة في المعدة والتي تؤدي إلى قرحة أو نزيف في المعدة ·

وعلى الرغم من شيوع هذه الأعراض الجسمية للقلق، فليس كل فرد يعاني القلق يخبر أيضا نفس هذه الأعراض الجسمية · ويعزى ذلك إلى الفروق الفردية في نمطية رد الفعل التلقائي للجهاز العصبي Autonomic reactivity patterning· فقد يعاني بعض الأفراد القلقين توتراً عضلياً، وخاصة في الحلق، يؤدي بدوره إلى تغير في الصوت أو فقدانه· وقد يستجيب أفراد آخرون بزيادة في ضغط الدم، تؤول بدورها إلى ارتفاع ضغط الدم لدىهم(1)·

الأعراض الحركية :

غالبا ما يبدي الأشخاص الذين يعانون القلق أعراضا من عدم الاستقرار، والتململ، والنشاط الحركي الكليل مثل هز القدم ، والاستجابات الإجفالية أو الترويعية المفرطة إزاء صوت مفاجئ· وتعكس هذه الأعراض الحركية مستويات عالية من الاستثارة المعرفية والجسمية لدى الفرد ومحاولاته لحماية نفسه مما يراه على أنه مهدد له · ومثل هذه الأنشطة غالبا ما تكون غير منتجة، ويمكن أن تعطل أداء الفرد لوظائفه بشكل فعال ·

ويمكن هكذا تمييز أعراض القلق باعتبارها استجابات تتضمن ثلاثة أنظمة هي : التقارير اللفظية وغير اللفظية عن القلق، والسلوك الظاهري ، والاستجابات الفيزيولوچية· وفي ضوء ذلك تتحدد طبيعة القلق على أنه حالة انفعالية تتصف بما يصدر عن الفرد من تقارير لفظية عن شعور بالضيق أو الكدر أو الهم ، (مثل، الخشية أو الخوف من شر أو خطر مرتقب)، وبحدوث استثارة فيزيولوچية (مثل، ازدياد معدل ضربات القلب)، والاضطراب السلوكي (مثل، السلوك الإحجامي)، واضطراب العمليات المعرفية (مثل، فرط الوعي بالدلائل أو الإشارات أو الإلماعات المقترنة باحتمالات التهديد في البيئة)، وإدراك أن الأحداث الضارة تقع بطريقة يصعب التنبؤ بها والتحكم فيها (1) ·

الصورة الكلينيكية النوعية

لاضطرابات القلق

(أعراض اضطرابات القلق)

يتضح مما تناولناه عن الأنظمة التصنيفية لاضطرابات القلق، كما قدمتها (الرابطة الأمريكية للطب النفسي) (4991) و(منظمة الصحة العالمية) (2991)، أن اضطرابات القلق، بالرغم من انتسابها للقلق باعتباره العرض الرئيسي ، فإنها لا تندرج في نمط أحادي ، ولكنها تنقسم إلى عدة فئات واسعة يمكن تحديدها في الفئات الأربع التالية (2) :

(1) اضطرابات الهلع والقلق (اضطراب الهلع واضطراب القلق المعمم)·

(2) اضطرابات الرُهاب (رُهاب الخلاء، والرُهاب الاجتماعي، والرُهاب النوعي)·

(3) اضطراب الوسواس - القهري ·

(4) اضطراب الضغوط (اضطراب الضغوط التالية للصدمة، واضطراب الضغوط الحاد) .

وعلى أساس هذا التحديد ، يتأتى تشخيص فئات اضطرابات القلق وتمييزها عن بعضها واتخاذ القرار التشخيصي في هذا الشأن· ويتبين ذلك من الشكل التالي الذي يوضح (شجرة القرار التشخيصي) Diagnostic decision tree لاضطرابات القلق (انظر شكل (1)) (3) :

جدول ص 45 ، 46 ناقص

ويلاحظ ابتداء، أن (نوبة الهلع) Panic attack تمثل زملة من الأعراض أو تجمعا متكررا من الأعراض التي يمكن أن تحدث في الفئات المختلفة العديدة من اضطرابات القلق، بما فيها اضطراب الهلع· والرُهاب الاجتماعي، والرُهاب البسيط، واضطراب الضغوط التالية للصدمة· ولا تمثل (نوبة الهلع) اضطرابا في حد ذاتها، وبالتالي لا تمثل تشخيصا نوعيا لفئة بعينها من اضطرابات القلق، ولكنها بالأحرى تشكل عرضا عاما مشتركا بين فئات اضطرابات القلق· وتبدو نوبات الهلع في اضطرابات القلق المختلفة في شكل خصائص متنوعة· أما الخاصية الرئيسة لنوبة الهلع، فهي حدوث فترة مميزة من الخوف أو عدم الارتياح الشديد والكثيف، تستمر عادة عدة دقائق، وتكون مصحوبة بطائفة من الأعراض تقدر بأربعة أعراض على الأقل من الأعراض التالية· وتتطور هذه الأعراض بشكل مفاجئ وحاد وتصل إلى ذروتها من الكثافة والشدة في غضون عشر دقائق · وتتضمن هذه الأعراض ما يلي (1):

(1) خفقان القلب بشدة ، أو سرعة ضربات القلب ·

(2) التعرق (تصبب العرق) ·

(3) الارتعاش أو الارتجاف ·

(4) الإحساس بقصر التنفس أو خموده ·

(5) الشعور بالاختناق ·

(6) آلام أو عدم ارتياح في الصدر ·

(7) الغثيان أو تلبك المعدة ·

(8) الشعور بالدوار أو الإغماء أو الدوخة أو عدم الاتزان ·

(9) اختلال الإحساس بالواقع (مشاعر فقدان الواقعية)، أو اختلال الإنية ·

(1·) الخوف من فقدان القدرة على ضبط النفس ، أو من الإصابة بالجنون·

(11) الخوف من الموت ·

(21) التشوش الحسي (تخدر الإحساسات أو تعطلها)·

(31) الإحساس بالقشعريرة أو الاحترار·

وتنقسم نوبات الهلع إلى فئتين عامتين ، هما (1) :

أ - نوبات الهلع عير المتوقعة (من دون دلائل أو إلماعات تستثيرها) Unexpected (uncued) panic attacks ، وتحدث دون وجود أية منبهات أو عوامل خارجية واضحة تفجرها أو تستدعيها · وهنا يتطلب تشخيص (اضطراب الهلع) حدوث نوبات هلع غير متوقعة ·

ب - نوبات الهلع المحتومة موقفيا (مقترنة بوجود دلائل أو إلماعات تستثيرها) Cued panic attacks ، وتحدث على الفور بعد التعرض لموقف مثير أو في توقع لمثل هذا التعرض· وهنا يكون الرهاب الاجتماعي والرهاب النوعي مصحوبين بصفة عامة بنوبات هلع محتومة موقفيا ·

ومما يجدر ذكره أن الوصف الأصلي الذي قدمه (فرويد) لنوبة الهلع يتضمن عشرة أعراض من الأعراض الثلاثة عشر السابق ذكرها· ومما يميزنوبة الهلع عن الأشكال الأخرى للقلق هو ما تتصف به نوبة الهلع من خاصية مفاجئة و حادة وتصعيدية· وتتصف الأعراض بأنها كثيفة وشديدة، وتبدأ بشكل مفاجئ ، وتصل بسرعة إلى ذروتها، ثم تبدأ بالخمود في غضون ساعة على وجه التقريب · ومن المحتمل أن كثيرا من هذه الأعراض ينتج عن تأثير فرط التهوية أو التنفس Hyperventilation، الذي يقوم بدور مهم في التطور المرضي لنوبات الهلع· لذا تنشأ في الغالب دائرة مفرغة، حيث يفضي القلق إلى فرط التهوية أو التنفس، الذي يتسبب في الخوف من أعراض جسمية، تؤدي بدورها إلى مخاوف مأساوية من مرض جسمي أو نفسي خطير، ومن ثم إلى مزيد من فرط التهوية أو التنفس - وهكذا(2)·

كذلك لاحظ (فرويد) أن التوقع القَلِق، والتهيج أو عدم الاستقرار، والحساسية المفرطة للمثيرات الجسمية، والهموم الزائدة إزاء الصحة - تعتبر كلها عواقب عامة لما يذتاب الفرد من نوبات هلع· وتقدم نتائج البحوث الحديثة التي تستند إلى الطرق المعرفية - السلوكية دلائل تؤكد أن الأفراد المستهدفين لنوبات الهلع يتصفون باليقظة والاستثارة الزائدة ويمن دون استجابات ترويعية ومأساوية إزاء إحساساتهم الجسمية (3) ·

ويعزى إلى الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث DSM-III والثالث المعدل DSM-III-R الفضل في تسليط الضوء على نوبات الهلع وعلى دورها في التطور المرضي لاضطرابات القلق· ويؤكد الخبراء هنا أن الاختصاصيين الكلينيكيين مطالبون بأن يكونوا على وعي ودراية بالأعراض الواسمة لنوبات الهلع لأنهم كثيرا ما يغفلون عنها أو يسيئون تفسيرها· فالأعراض الجسمية قد تشير إلى وجود حالة شديدة في الجهاز القلبي الوعائي، كما قد تشير الأعراض النفسية إلى أن الفرد (على وشك أن يفقد عقله)· وهنا قد يقع الاختصاصي في خطأ تشخيص نوبات الهلع على أنها دلائل لحالة طبية (أمراض القلب) أو على أنها دلائل لنوبة ذهانية (1) ·

اضطرابات الهلع والقلق

(اضطراب الهلع واضطراب القلق المعمم)

اضطراب الهلع Panic Disorder :

ينقسم اضطراب الهلع إلى فئتين : أ - اضطراب الهلع من دون رُهاب الخلاء ، ب - اضطراب الهلع مع رُهاب الخلاء (2) ·

أ - اضطراب الهلع من دون رُهاب الخلاء Panic Disorder Without Agoraphobia : يعاني الأفراد في هذا الاضطراب نوبات هلع متكررة وغير متوقعة ، من دون رُهاب الخلاء· ويعقبها فترة من الشعور بالهم والكدر ، تستمر شهرا على الأقل، إزاء احتمال حدوث نوبات أخرى، أو إزاء آثار تلك النوبات ومضاعفاتها ، أو تغير في السلوك المتعلق بتلك النوبات ·

حالة إيضاحية(3):

لرجل يعمل بائع ملابس، عمره خمسة وثلاثون عاما، كان يعرض منذ حوالي شهرين بدلة على زبون صعب الإرضاء ، ثم أخذ هذا البائع (الحالة) فجأة يتصبب عرقا بشكل غزير، وصار قلبه يدق بسرعة، ويشعر بالدوار، وصار يتملكه خوف من أنه على وشك الموت. ولم يلاحظ هذا الزبون حالته واستمر في سؤاله عن تفاصيل دقيقة عن البدلة التي يفكر في شرائها. وازداد شعور البائع بالدوار، وترك الزبون فجأة وذهب إلى مكان قصي من المحل ، واستلقى على ظهره. وصار الزبون يمطره بوابل من السباب، وقدم شكوى إلى مدير المحل، ثم انصرف خارجا. ووجد المدير البائع مستلقيا على كرسي في حجرة خلفية ، يبدو في حالة سيئة، ويرتعش ويتصبب عرقا .

وبعد حوالي عشر دقائق بدأت هذه الأعراض تختفي. ولقد عرض نفسه على الطبيب في اليوم التالي، ولم تكشف الفحوص الطبية عن أية دلائل لمشكلات طبية. وبعد أسبوعين انتابته نوبة هلع أخرى مماثلة وغير متوقعة. ومنذ ذلك الوقت صار يتملكه هم وكدر بشكل مستمر إزاء احتمال أن يتعرض لنوبة أخرى . ولاحظ أصدقاؤه وزملاؤه أنه لم يعد منطلقا وتلقائيا كما كان في السابق .

ب - اضطراب الهلع مع رهاب الخلاء Panic Disorder With Agoraphobia :

يعاني الأفراد في هذا الاضطراب نوبات هلع متكررة وغير متوقعة، مع رُهاب الخلاء، ويعقبها فترة من الشعور بالهم والكدر، تستمر شهرا على الأقل ، إزاء احتمال حدوث نوبات أخرى ، أو إزاء آثار تلك النوبات ومضاعفاتها ، أو تغير في السلوك المتعلق بتلك النوبات .

حالة إيضاحية :

سيدة تبلغ من العمر ثمانية وعشرين عاما، بدأت تشعر بقلق شديد وكثيف و هي تسير في أحد الأسواق المركزية لتشتري بعض مستلزماتها. وكان القلق مصحوبا بإحساسات من الاختناق، والخمود. ثم صار يتملكها إحساس مفاجئ بأن الناس والمحلات من حولها تبدو غير حقيقية، وبدأت تخاف من أنها على وشك أن تصاب بالجنون، ومن أنه كلما يزداد شعورها بالضيق والكدر إزاء هذه الحالة، تصبح بالتالي أكثر قلقا. وقد لاحظ أحد الحراس حالتها، وأحضرها إلى مكتب الأمن بالسوق، حيث كان في مقدورها أن تستلقي على أريكة لبعض الوقت. وبعد دقائق قليلة، اختفت هذه الأعراض . وعادت إلى منزلها، ولم تخبر زوجها بما حدث .

وبعد أسبوع ، انتابتها نوبة مماثلة، حينما كانت تسير في الشارع. واستطاعت بمجاهدة أن تصل إلى منزلها حيث استلقت على السرير حتى انتهت النوبة. وفي الأسابيع الثلاثة التالية، انتابتها نوبتان أخريان. وكانت دائما بين النوبات تعاني هما وكدرا مقيما إزاء احتمال تعرضها لنوبات أخرى. واضطرت في النهاية أن تخبر زوجها بحالتها لأنها كانت تعاني خوفا شديدا من أنه لن يكون في مقدورها أن تحصل على مساعدة إذا انتابتها نوبة، الأمر الذي يجعلها غير قادرة على مغادرة منزلها وحدها أو السفر بوسائل النقل العام(1).

يتبدى اضطراب الهلع هكذا في نمطين، أحدهما مصاحب لرُهاب الخلاء ، والآخر غير مصاحب لرهاب الخلاء. والواقع إن العلاقة بين اضطراب الهلع ورُهاب الخلاء كانت موضع جدل. فقد ذهب (فرويد) إلى أن تطور رهاب الخلاء يكون مسبوقا بنوبة القلق Anxiety attack . ويعني ذلك أن الفرد عادة ما تكون لديه في البداية نوبة هلع ، ثم يصير، من خلال الإشراط، في حالة يبدي فيها خوفا وإحجاما من المواقف التي يحتمل أكثر

أن تحدث فيها تلك النوبات· ولكن (الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث) DSM-III (APA, 198 .) ، خلافا لفرويد، يعطي لرهاب الخلاء أسبقية على اضطراب الهلع، وذلك بتضمين التشخيص فئات تشمل رُهاب الخلاء (مع نوبات الهلع ومن دونها) واضطراب الهلع (الذي يُشخص فقط في حالة عدم وجود رُهاب الخلاء)· ويتخذ (الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل) (DSM-III-R,1987) موقفا مناقضا للدليل التشخيصي الثالث، حيث أوجد فئة مشتركة، وهي (اضطراب الهلع مع رُهاب الخلاء)، اعترافا بالحقيقة بأن هاتين الزُملتين عادة ما تتصاحبان معا، مع الإحجام الرُهابي الناتج عن الخوف من أن يتعرض الفرد لنوبة هلع· وقد أخذ (الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع) (`APA,DSM-IV, 1994) بموقف الدليل التشخيصي الثالث المعدل من حيث إفراد رهاب الخلاء في نمط فرعي لاضطراب الهلع · ويؤكد استعراض الدراسات التي قام بها الخبراء العاملون في الدليل التشخيصي الرابع أن الإحجام المتعلق برهاب الخلاء Agoraphobic avoidance عادة ما يكون ثانويا بالنسبة لنوبات الهلع أو للأعراض اللازمة للهلع· وفي حالة الأفراد الذين يبدون كلا من الهلع ورُهاب الخلاء، فإن نوبات الهلع عادة ما تسبق الإحجام الرهابي، وأنه كلما صار الفرد أكثر خوفا من أن يتعرض لنوبة هلع ، يحتمل أكثر أن يكون لدىه إحجام متعلق برهاب الخلاء (2)·

ومما تجدر الإشارة إلىه ، أن (التصنيف الدولي العاشر للاضطرابات النفسية والسلوكية) (WHO,ICD-1 . 1992) أخذ اتجاها مغايرا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع، وأعطى أولوية لرهاب الخلاء في حالة معاناة الفرد الإحجامَ ونوبات الهلع · وقد اتخذت (منظمة الصحة العالمية)، خلافا للرابطة الأمريكية للطب النفسي، هذا الموقف استنادا إلى الاعتقاد الذي لا يزال سائدا عند بعض الباحثين بأن نوبات الهلع تعد من المعالم المصاحبة لرهاب الخلاء أكثر من أن تكون معالم رئيسة لرهاب الخلاء · ويذهب آخرون إلى أن هذه التشخيصات ينبغي أن تظل منفصلة من دون أن تكون هناك أحكام قبلية بوجود علاقة سببية مفترضة بينها· ويتطلب هذا الوضع أن يكون الاختصاصي الكلينيكي على وعي بهذا الخلط، وأن يعطي اهتماما كبيرا لتاريخ الحالة لتحديد العلاقة بين نوبات الهلع والإحجام المتعلق برهاب الخلاء(1) ·

ويتصف اضطراب الهلع ببداية Onset نمطية لظهوره ، حيث يكون الفرد مندمجا في نشاط عادي من أنشطة الحياة المختلفة حينما تبدأ دقات قلبه فجأة بالتسارع، ولا يستطيع أن يلتقط أنفاسه كما لو كان سيصاب بالاختناق · ويشعر بالدوار والتشوش، والارتباك، والإغماء ، ويتملكه اقتناع بأنه على وشك الموت· وعادة ما يكون الأشخاص ذوو اضطراب الهلع من الراشدين الصغار، وغالبا في العقد الثالث من العمر· ومع ذلك، فقد تظهر حالات في عمر متأخر (1) ·

وعلى الرغم من أن النوبة الأولى عادة ما تصيب الفرد أثناء مزاولته لنشاط روتيني عادي يقوم به، فإنه غالبا ما توجد أحداث عديدة تكون مرتبطة بالمظاهر المبكرة لاضطراب الهلع· فليس من غير الشائع أن تحدث نوبة الهلع الأولى في سياق مرض أو حادث مهددللحياة، أو فقدان علاقة حميمة مع أشخاص آخرين، أو أثناء الانفصال عن الأسرة (مثل الالتحاق بالجامعة أو بعمل بعيدا عن مدىنته أو بلدته)· وقد ينتاب الأفراد الذين يعانون إما نقص إفراز الدرقية Hypothyroidism أو فرط إفراز الدرقية Hyperthyroidism من النوبات الأولى الهائجة في ذلك الوقت · كذلك قد تبدأ النوبات في الفترة التالية مباشرة للولادة · وأخيرا، يقرر أشخاص كثيرون من ذوي اضطراب الهلع أنهم يخبرون نوبات الهلع الأولى حينما يتعاطون بعض العقاقير أو المخدرات، وبخاصة الماريجوانا والمهدئات والكوكايين والأمفيتامينات وعقار (ل س د) LSD · ومع ذلك، وحتى عندما تنتهي هذه

الحالات المصاحبة، فإنه غالبا ما تستمر نوبات الهلع في كامل قوتها· ويشير ذلك إلى أن بعض الأحداث الضاغطة قد تعمل بمثابة مثيرات تفجر بداية نو بات الهلع وتستدعيها لدى الأشخاص الذين لديهم استعداد بالفعل لهذا الاضطراب (2) ·

وعادة ما يشعر الأشخاص الذين يخبرون نوبة الهلع الأولي بالخوف من أنهم مصابون بأزمة قلبية أو من أنهم سوف يفقدون عقلهم· وغالبا ما يهرع هؤلاء الأشخاص إلى الأطباء أو إلى مراكز الطوارئ بالمستشفيات ، حيث تجرى لهم الفحوص اللازمة، المعملية والجسمية وفحوص رسم القلب· وتكشف نتائج هذه الفحوص عادة عما هو معروف بحالات (تسرع أو زيادة نبضات القلب الجَيْبي) Sinus Tachycardia · ومثل هؤلاء المرضى تتم طمأنتهم، ويعودون إلى منازلهم· وقد يشعر هؤلاء المرضى بالطمأنينة بالفعل، لذا فإن تشخيص اضطراب الهلع عند هذه المرحلة يكون سابقا لأوانه· فإنهم بعد عدة أيام أو أسابيع ربما تنتابهم مرة أخرى بداية مفاجئة لقلق شديد مع كل الأعراض الجسمية المصاحبة له· وهنا يلجأون مرة أخرى إلى البحث عن علاج طبي· وفي هذه الحالة إما أن يتم إعلامهم بأن مشكلتهم (نفسية) في الأساس ، وتوصف لهم لذلك مهدئات (البنزوديازيپاين)، أو أن يتم تحويلهم إلى العلاج الطبي (1) ·

ويتوقع لذلك ، وفي ضوء ما سبق، أن اضطراب الهلع يبدو في أعراض نمطية مميزة له، فالفرد أثناء نوبة الهلع يكون مندمجا في نشاط اعتيادي (روتيني) - ربما وهو يقرأ في كتاب، أو يتناول طعاما في مطعم، أو يقود السيارة، أو يحضر حفلة موسيقية - وذلك حينما تنتابه البداية المفاجئة لخوف أو رعب غامر، وخشية من خطر مرتقب، وإحساس بقدر مشئوم وشيك الوقوع · وتصاحب هذه الحالة أعراض عديدة، ومعظمها أعراض جسمية، مثل خفقان القلب بشدة، وآلام بالصدر، والإحساس بالدوار، والشعور بالاختناق واختلال الإحساس بالواقع أو اختلال الإنية، والإحساس بالقشعريرة أو الاحترار، وصعوبة التنفس، والتشوش الحسي، وتصبب العرق، والخوف من الموت أو الجنون أو من فقدان القدرة على ضبط النفس· ومن الواضح أن معظم هذه الإحساسات الجسمية لنوبة الهلع تمثل استثارة زائدة شاملة للجهاز العصبي التلقائي ·

وعادة ما تستمر النوبات فترة تتراوح ما بين 5 و . 2 دقيقة، ونادرا ما تستمر ساعة· أما الأشخاص الذين يزعمون أنهم انتابتهم نوبات استمرت يوما كاملا، فإنهم يندرجون في واحدة من فئات أربع : فبعض الأشخاص يستمرون في شعورهم بالتهيج والإجهاد عدة ساعات بعد انقشاع الجانب الأكبر من النوبة· وفي بعض الأوقات، قد تحدث نوبات وبعد ها تختفي، ثم تحدث مرة أخرى في شكل موجة · كذلك، غالبا ما يعاني الأشخاص ذوو نوبات الهلع الطويلة شكلا آخر من أشكال القلق المرضي، مثل الاكتئاب التهيجي أو حالات التوتر الوسواسي· وفي بعض الحالات، قد يتطور مع الزمن ذلك القلق التوقعي الشديد، على أساس من التوقع لحدوث نوبات هلع في المستقبل·

ويلاحظ أنه على الرغم من أن أشخاصا كثيرين يخبرون نوبة من الهلع ، عارضة وغير متوقعة، فإن تشخيص اضطراب الهلع يوضع فقط حينما تحدث النوبات بشكل منتظم ومتكرر، ويمثل (فرط التهوية أو التنفس) Hyperventilation الخاصية الرئيسة في الاضطراب الفيزيولوچي لنوبات الهلع واضطراب الهلع· ويؤدي (فرط التهوية أو التنفس) إلى نقص حامض الكربون في الدم Hypocapnia وإلى زيادة القلاء أو القلوية Alkalosis· ويؤول ذلك بدوره إلى نقص تدفق الدم في لحاء المخ، وإلى الإحساس بالدوار والارتباك، واختلال إدراك الواقع· وعادة ما تختفي دلائل وأعراض (فرط التهوية أو التنفس) حالما يتناول المريض باضطراب الهلع علاجا عن طريق عقاقير مضادات الهلع Antipanic medication · كذلك تفيد العلاجات القائمة على التدريب السلوكي على

التنفس، والموجهة إلى تعلىم المريض عدم الإفراط في التنفس، في خفض معدل نوبات الهلع (1) ·

اضطراب القلق المعمم Generalized Anxiety Disorder :

يعد اضطراب القلق المعمم الفئة التشخيصية الأساسية للقلق المزمن والمهيمن في حالة غياب اضطراب الهلع· وتبدو المعالم الرئيسة للزملة التي تجمع هذه الفئة من اضطرابات القلق في وجود قلق مستديم يستمر ستة أشهر على الأقل، وفي هيمنة أعراض واضحة يمكن تمييزها في فئتين، هما : أعراض التوقع لشر أو خطر مرتقب، والأعراض الجسمية· ويتصف الفرد الذي يعاني اضطراب القلق المعمم بأنه يبدي بشكل مستمر هموما إزاء أمور بسيطة، ويتملكه خوف زائد، ويتوقع الأسوأ وسوء الطالع (2) ·

وتعرف (الرابطة الأمريكية للطب النفسي) (4991) اضطراب القلق المعمم على أنه عصاب القلق Anxiety neurosis الذي يتصف بقلق غير واقعي أو زائد ، وبتوقعات لخطر أو شر مرتقب، وبهموم إزاء كثير من ظروف الحياة ، مثل الأداء الأكاديمي أو الرياضي أو الاجتماعي· فعلى سبيل المثال، قد تبدي إحدى الأمهات هموما لا تنتهي إزاء طفلها الذي لا يكون في خطر· ويكون الهم مرتبطا بأعراض مثل الارتعاش، أو التوتر العضلي، أو التهيج أو عدم الاستقرار، أو الشعور بالاختناق ، أو الدوار، أو الأرق، أو الاستجابات الترويعية المبالغ فيها، أو صعوبة التركيز· وتتصف مشاعر الهم بالصعوبة في التحكم فيها، وبوجود أعراض مصاحبة لها· وغالبا ما يكون أداء الفرد لوظائفه الاجتماعية أو المهنية مضطربا· وحينما يحدث اضطراب القلق المعمم في الطفولة أو المراهقة، فإن بعض الباحثين يطلق علىه مصطلح (اضطراب القلق الزائد) Overanxious disorder · وتتضمن الأعراض أشكالا كثيرة من القلق المتعدد Multiple anxieties ، وغير الواقعي، الذي يتعلق بنوعية أداء الفرد في المدرسة، أو العمل، أو الألعاب والأنشطة الرياضية، أو بصحته أو مظهره، وغير ذلك من أشكال القلق الذي يكون مصحوبا بالحاجة إلى طمأنته ·

ويعتبر اضطراب القلق المعمم واحدا من أكثر الفئات التشخيصية في الدليل التشخيصي الرابع التي تعرضت لجدل كبير، وخضعت لتعديل جذري· فلقد حُددت هذه الفئة حينما تم تقسيم عصاب القلق كما قرره الدليل التشخيصي والإحصائي الثاني DSM-II (APA, 1968) إلى تشخيصين جديدين في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث (DSM-III, 198 .) ، وهما: اضطراب الهلع (ويتصف بنوبات الهلع) واضطراب القلق المعمم (ويتصف بالقلق المعمم والمستديم مع التوتر الحركي، والنشاط الزائد التلقائي، وتوقع خطر أو شر وشيك، واليقظة)· وقد سعى الدليل التشخيصي والإحصائي المعدل (DSM-III,R, 1987) ، لمعالجة نقص نوعية هذا التعريف وعدم التجانس بين الأشخاص الذين يعانون هذه الفئة من الاضطرابات ، إلى مزيد من دقة التحديد لتعريف اضطراب القلق المعمم استنادا إلى محكين رئيسين، هما: زيادة مدة وجود أعراض هذا الاضطراب من شهر إلى ستة أشهر، وتأكيد وجود المكونات المعرفية للقلق· وعلى الرغم من ذلك، فقد استمر النقد موجها كذلك إلى تعريف الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل(1) لأن حدوده مع السوية ومع عدد من الاضطرابات الأخرى (وبخاصة اضطراب الوسواس - القهري وتوهم المرض) غير واضحة ، (2) ولأن قائمة الأعراض التي يتضمنها هذا التعريف، وعددها ثمانية عشر عرضا، كانت مرهقة ومربكة، (3) ولأن حدوده كانت غير محددة وبالتالي يغطي الأعراض بشكل ضعيف، ، (4) ولأنه يركز بشكل زائد على المكونات المعرفية لاضطراب القلق المعمم على حساب المكونات الجسمية ، (5) ولأنه فشل في تحديد الأشخاص الذين يتصفون بالصورة الكلينيكية المميزة لهذا الاضطراب (1)·

ومع ذلك ، فإن الاقتراح باستبعاد فئة اضطراب القلق المعمم من الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع لم يلق قبولا لأنه قد يتسبب في إيجاد ثغرة كبيرة في تصنيف اضطرابات القلق، الأمر الذي حدا بمراجعة محكات تشخيص هذه الفئة مرة أخرى لتحسينها بدلا من التخلي عنها، وذلك على أساس استعراض الدراسات والبحوث في هذا الميدان وإعادة تحليلها وتفسيرها، ومن القيام بدراسات ميدانية لمزيد من التحقق من مصداقية تلك المحكات · وعلى الرغم من ذلك فقد ثار جدل شديد، أثناء مناقشات هيئة الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع لهذه المشكلة بين فريق يرى أن الأعراض المعرفية تمثل أكثر المعالم الأساسية لاضطراب القلق المعمم ، وآخر يذهب إلى إعطاء وزن أكبر للأعراض الجسمية، وما لكل من هذين المنحنيين من تضمينات علاجية. وموقف هذا شأنه يجعل الباب مفتوحا لمزيد من الجدل بشأن تحديد اضطراب القلق المعمم (1) ·

ويرتبط اضطراب القلق المعمم بثلاثة أعراض على الأقل من الأعراض التالية (2) :

(1) شعور الفرد بعدم الاستقرار أو بالتململ، أو شعوره بالضجر أو الملل الزائد ((أنه على آخره))·

(2) الإحساس بسرعة التعب·

(3) صعوبة التركيز أو أنه على وشك أن يفقد عقله ·

(4) التهيج أو عدم الاستقرار ·

(5) التوتر العضلي ·

(6) اضطراب النوم (صعوبة الخلود إلى النوم أو صعوبة مواصلة النوم، أو النوم غير المستقر)·

حالة إيضاحية :

لرجل يبلغ من العمر ثمانية وثلاثين عاما، يعاني قلقا بشكل متزايد إزاء عمله في شركة كبيرة · ويشعر أنهم قد تجاوزوه في الترقية عدة مرات· وينشغل كثيرا بأحداث صغيرة ومحادثات عادية حدثت في العمل أثناء العام، ويبدي هما وكدرا إزاء كيفية تفسير رؤسائه في العمل لتلك الأحداث· ويجد أنه من الصعب علىه أن يتحكم في تلك الهموم· ويشعر أثناء اليوم في العمل بأنه غير مستقر، وقد فاض به الكيل· أما في المنزل، فهو متهيج، ويعاني صعوبة النوم· وإذا سألته زوجته عن عمله، فإنه يبدي تبرما من الحديث عنه ·

ولم تكشف نتائج الدراسات عن أنماط مميزة لشخصية الأفراد الذين يعانون اضطراب القلق المعمم · ومع ذلك تشير إحدى الدراسات إلى أن ما يقرب من ثلث الأفراد الذين يعانون اضطراب القلق المعمم ، إنما يعانون أيضا اضطراب الشخصية، وأن أكثر هذه الأنماط شيوعا هو اضطراب الشخصية الاعتمادية الذي يتبدى باعتباره واحدا من المعالم الرئيسة لهذه الفئة من اضطرابات القلق (3) ·

وتبين نتائج بعض الدراسات أن اضطراب القلق المعمم يكون مرتبطا بأعراض اكتئابية· فالأشخاص الذين يعانون اضطراب القلق المعمم ، وإن كانوا لا يبدون كل الصورة المميزة للاضطراب الاكتئابي الأساسي مثل الخمول والكسل والاغتمام والانهباط المزاجي، فإنهم يعبرون عن إحساس بالإحباط، والتبرم والقنوط من الحياة، وهبوط الروح المعنوية، والشعور باليأس والعجز· وقد يعانون إدمان المخدرات والكحوليات وتعاطي أدوية

مضادات القلق· ولهذا فإن اضطراب القلق المعمم والاكتئاب المزمن غالبا ما يتداخلان بشكل ملحوظ، بل إن اضطراب القلق المعمم إذا استمر ستة أشهر، وفقا لمحكات الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل والدليل التشخيصي والإحصائي الرابع، فإن احتمال التلازم المرضي للاضطراب الاكتئابي معه يكون كبيرا للغاية (1)·

يمكن تقسيم اضطرابات القلق إلى فئتين رئيستين، هما : اضطرابات الرُهاب أو الاضطرابات الرُهابية Phobic disorders (وتشمل رهاب الخلاء والرُهاب الاجتماعي والرهاب النوعي)، وحالات القلق Anxiety states (وتشمل اضطراب الهلع، واضطراب القلق المعمم، واضطراب الوسواس - القهري، واضطراب الضغوط الحاد، واضطراب الضغوط التالية للصدمة)· وتختلف اضطرابات القلق في هاتين الفئتين من حيث الدرجة التي يكون فيها القلق محددا أو متميعا· ففي حالة الاضطرابات الرُهابية أو اضطرابات الرهاب، يكون القلق محددا بموقف معين أو موضوع معين ومرتبطا به · فعلى سبيل المثال، قد يتملك الفرد قلق شديد حينما يعترضه فأر أو يشاهد بجواره عنكبوتا ، أو حينما يكون في مبنى مرتفع · أما في حالات القلق، فيكون القلق على العكس من ذلك، متميعا ، لا يرتبط بأي شيء واحد، ويخبره الفرد على أنه حالة كلية الوجود Omnipresence (أي تعتمل في الفرد في كل مكان وفي جميع الأوقات) أو حالة هائمة أو طليقة Free - floating ·

معنى الرهاب

يتحدد مصطلح (الرهاب) فيما يلي (1) :

الرهاب خوف مستديم وغير معقول من موضوع أو نشاط أو موقف معين ، تنتج عنه رغبة تجبر الفرد على تجنب الموضوع أو النشاط أو الموقف الباعث على الخوف (أي، الإحجام عن المنبه الرهابي)· ويستثار الخوف بواسطة إشارات أو إلماعات تقترن بوجود أو توقع موضوع أو موقف أو نشاط معين، يؤدي التعرض له في الغالب إلى استدعاء استجابة فورية للقلق أو لنوبة الهلع، على الرغم من أن الفرد يدرك ويعترف أن الخوف زائد أو غير معقول قياسا إلى الخطر الفعلي للموضوع أو الموقف أو النشاط· وينزع الفرد إلى تجنب المنبه الرهابي أو تحمله على مضض وبمكابدة ملحوظة · وكان يطلق على الرهاب في الكتابات المبكرة للتحليل النفسي مصطلح (هستيريا القلق) Anxiety hysteria ·

ويتضمن الرهاب هكذا مخاوف ليس لها ما يبررها في الواقع (مثل، الخوف من الأماكن الفسيحة) أو مخاوف أكبر مما يمكن تبريره (مثل، الخوف من ركوب الطائرات)· ومن المعالم المهمة المميزة للخوف الرهابي هو أن الفرد يكون واعيا بعدم معقولية خوفه· فالأشخاص الذين يعانون الرهاب يعرفون أن خوفهم لا يوجد له ما يبرره في الواقع، ولكنهم في نفس الوقت لا يستطيعون ببساطة أن يتوقفوا عن خوفهم· فعلى سبيل المثال، يعرف

الأشخاص الذين يخافون من ركوب المصاعد أنه يوجد آلاف من المصاعد، وأن هذه المصاعد تنقل آلاف الأشخاص كل يوم دون أن تقع حوادث، وأن احتمال وقوع حادثة ضئيل للغاية · وعلى الرغم من هذه المعرفة، فإن الفرد لا يزال يتملكه خوف من ركوب المصاعد· وتعتبر معرفة الفرد لحقيقة الموقف محكا مهما لأنها تميز الفرد الذي يعاني الرهاب عن الفرد الذي يعاني الهذاء الذي يعتبر اعتقادا لا مبرر له عن العالم لا يدركه الفرد على أنه اعتقاد خاطىء· ويعني ذلك أن الاضطرابات الرهابية تتصف بوجود انفصال غير مناسب بين الجوانب المعرفية والجوانب الانفعالية للتوظيف النفسي لدى الفرد (1) ·

ويؤدي الرهاب إلى ارتباك السلوك أو تعطله أو تمزقه، أو إلى ما يعرف بـ (السلوك التمزيقي) Disruptive behavior · وفي ذلك يأخذ تأثير الرهاب مسارين : الأول، إمكانية تجنب الموضوع أو الموقف الباعث على الخوف، وعندئذ قد ينتج عن الإحجام عواقب سالبة· فعلى سبيل المثال، قد يلجأ الفرد الذي يعاني الخوف من ركوب المصاعد إلى ترك عمله الذي يوجد بأحد الطوابق العلىا إلى عمل أقل في مستواه ولكنه يوجد في طابق منخفض لا يضطر معه لأن يستقل المصعد إلى مكان عمله · أما المسار الثاني لتأثير الرهاب على تعطيل السلوك أو تمزيقه، فهو صعوبة تجنب الموضوع أو الموقف الباعث على الخوف، وعندئذ قد يعاني الفرد خوفا وهلعا شديدين ولا يستطيع التحكم فيهما (2) ·

حالة إيضاحية (3) :

كان چون مادين John Maden ، لاعب كرة قدم بالولايات المتحدة الأمريكية، يبلغ طوله ست أقدام وأربع بوصات، ووزنه 62 . رطلا· وقد حظي بشهرة في اللعب في خطي الدفاع والهجوم، ثم عمل مدربا لفريق أوكلاند عشر سنوات، ثم معلقا رياضيا مرموقا في إذاعة مباريات كرة القدم ·

لم يكن (مادين) من ذلك النوع من الأشخاص الذين تتوقع منهم تلك الحالة من المخاوف التي يعانونها· ولكن الواقع كان مخالفا للتوقع من كل المحيطين به، إلى حد أن مجلة (النيوزويك) Newsweek نشرت حالته في عددها الصادر في 9 يناير 4891 تحت عنوان (چون مادين في دوامة) ("John Maden on a roll") ·

الواقع إن (مادين) كان يعاني عديدا من المخاوف، والتي يبدو أن كثيرا منها ينبع من (رُهاب الأماكن الضيقة أو المغلقة) Claustrophobia· وكان شعوره بأن مخاوفه تحاصره أو تطوقه يأخذ طابعا عاما، فقد كان يخاف من ركوب الطائرات، والمصاعد، ومن الأماكن المزدحمة، بل حتى من الملابس الضيقة· وأخذت حالته شكلا دراميا، ذلك أن القلق الذي كان يتملكه إزاء السفر بالطائرة سبب ارتباكا وتعويقا له في حياته المهنية باعتباره معلقا رياضيا معروفا يتنقل بين أرجاء أمريكا ، لأنه كان يضطر إلى أن يستقل قطارا أو سيارة لكي يذيع مباراة لكرة القدم من مدىنة بعيدة · فعلى سبيل المثال، بدلا من أن تستغرق رحلته بالطائرة من نيويورك إلى سان فرانسيسكو ثلاث ساعات لكي يذيع مباراة قوية في كرة القدم، كان علىه أن يقضي ثلاثة أو أربعة أيام في السفر بالقطار أو الباص لكي يصل إلى مكان إقامة المباراة ·

ولم يدرك (مادين) في الأصل حالته، بل أساء تشخيص أعراض القلق لدىه على أنها ناجمة عن التهاب بالأذن الوسطى· وحينما كان يسافر بالطائرة يصير متوترا، ويعتقد أن توتره كان رد فعل فيزيولوچيا للارتفاع الكبير· ثم تحقق من أن الأعراض تبدأ عنده (حالما

تغلق أبواب الطائرة) - أي قبل أن تقلع الطائرة· ويقرر أنه (في إحدى المرات، كان عليّ أن أستقل الطائرة من مدينة إلى مدينة أخرى بعيدة، وكانت الطائرة تتوقف في هذه الرحلة بمدينة أخرى (هيوستن) بينهما· ووجدت نفسي مجبرا على أن أتخلى عن مواصلة الرحلة، وأنزل بمدينة هيوستن ، وقضيت الليلة في أحد فنادقها، ولم أعد أركب الطائرات بعد ذلك)· ويقرر (مادين) أنه كان يشعر في البداية بارتباك وخجل إزاء مخاوفه، ولكنه صار الآن وعلى الملأ يسخر منها ويجعلها موضوعا للدعابة ·

والواقع إن مخاوفه وقلقه ، كما هي الحال غالبا بالنسبة للأفراد الذين يعانون رهاب الأماكن الضيقة، لم تكن محدودة بأماكن قليلة ، بل كان قلقه عاما ويعكس حقيقة حالته بأنه كان يعاني هموما مزمنة· فهو يقرر بأنه اضطر إلى أن يستقيل من عمله كمدرب ناجح لفريق كرة القدم بسبب (الهموم المستمرة التي تنتابني مع توالي دورات كرة القدم ، وأشعر لذلك بالاحتراق) · ومما لاشك فيه أن (مادين)، بسبب همومه المستمرة، كان يعاني نزيفا بالمعدة بسبب قرحة فيها ·

وعلى الرغم من أن المخاوف غير المعقولة والسلوك الإحجامي قد توجد في عدد من الاضطرابات النفسية، فإن الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM-IV يحدد تشخيص الاضطراب الرهابي فقط حينما يكون هناك رهاب أحادي أو رهابات متعددة تحتل الجانب المهيمن من الصورة الكلينيكية وتمثل مصدرا للضيق أو الكدر عند الفرد، وليست ناتجة عن اضطراب نفسي آخر (1) ·

وقد كانت الاضطرابات الرهابية موضوع اهتمام رئيسي للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM) · فقد صنف الرهاب في الدليل التشخيصي والإحصائي الأول (DSM-I,1952) تحت عنوان (ر د الفعل الرهابي) Phobic reaction، وفي الدليل التشخيصي والإحصائي الثاني (DSM-II,1968) تحت مسمى (العصاب الرهابي) Phobic neurosis · ولم يتضمن الدليلان، الأول والثاني، أية أنماط فرعية للرهاب . وهما في ذلك يعكسان الافتراض المستمد من نموذج التحليل النفسي للرهاب والذي يذهب إلى أن الرهاب يتصف بوحدة كيفية· أما الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث (DSM-III, 198 .) ، فيختلف عن الطبعتين السابقتين اختلافا جوهريا يتحدد أساسا في تصنيف أنماط فرعية محددة للرهاب، وفي افتراض حدود كيفية تميز بين هذه الأنماط الفرعية· وقد تقرر هذا التمييز بين رهاب الخلاء والرهاب الاجتماعي والرهاب النوعي استنادا إلى نتائج مستمدة من بحوث تجريبية، منها دراسات اهتمت بالعلاج السلوكي للرهاب (2) ، وأخرى ركزت على العلاج بالعقاقير (3) · وقد احتفظ الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل (DSM-III-R,1987) والدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM-IV, 1994) بهذا التصنيف لاضطرابات الرهاب في ثلاث فئات · ولكن (رهاب الخلاء) في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل جرى تقسيمه إلى فئتين فرعيتين، هما : اضطراب الهلع مع رهاب الخلاء، ورهاب الخلاء من دون اضطراب الهلع ، مؤكدا الخاصية الأولية للهلع حينما يوجد هذان الاضطرابان معا· وقد ظل هذا التصنيف قائما في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (4) ·

أما التغيرات الرئيسة في الاضطرابات الرهابية التي أدخلت في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع، من حيث علاقتها بالدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل، فكانت على النحو التالي : ففي (رهاب الخلاء من دون اضطراب الهلع)، تحدد أن هذا الاضطراب يتمركز حول الخوف من تطور أعراض العجز أو الوهن أو الارتباك الذي يبديه الفرد في المواقف التي يستثار فيها هذا النمط من الاضطراب· كما تحدد أيضا أن رهاب الخلاء المتعلق بالارتباك أو الحيرة إزاء مرض طبي هو حالة للتشخيص الذي يمكن

تحديده وإقرار أحكام كلينيكية بشأنه· وقد أُدخل بالدليل التشخيصي الرابع تغيران رئيسان في (الرهاب الاجتماعي) و(الرهاب النوعي)، متماثلان في الأساس : أولا ، أنه تقرر بشكل صريح أن نوبات الهلع يمكن أن تحدث باعتبارها مَعْلَمًا رئيسا من معالم هاتين الفئتين من الرهاب، الأمر الذي يتطلب التوصل إلى حكم كلينيكي لتحديد التشخيص الفارق بين (اضطراب الهلع مع رهاب الخلاء) في مقابل الرهاب الاجتماعي أو الرهاب النوعي · ثانيا ، أن الرهاب النوعي تم تقسيمه إلى أنماط متنوعة، تأسيسا على ما تجمع من بيانات جديدة تبين أن مظاهر الرهاب وتاريخه الطبيعي والاستجابة العلاجية إزاء هذا الاضطراب ، إنما تختلف باختلاف نمط الرهاب (1) ·

وفي إطار من تحديد معنى الر هاب وطبيعته، نتناول الأنماط الفرعية الثلاثة للر هاب فيما يلي :

رُهــاب الخــلاء Agoraphobia :

يعزى مصطلح (رهاب الخلاء) إلى أصول إغريقية· ويعني هذا المصطلح في الأدب الإغريقي (الخوف من ساحة السوق) Fear of marketaplace ، أي الخوف من الأماكن الفسيحة أو المكشوفة · وعلى الرغم من أن مفهوم رهاب الخلاء ينطوي على تقليد طويل بقدر ما لقي من تقدير واهتمام منذ عصور قديمة، فإن علاقته باضطراب الهلع كانت موضوعا للجدل ·

وابتداءً، ينبغي أن نضع في اعتبارنا أن رهاب الخلاء ليس في حد ذاته (اضطرابا يمكن أن يوضع له رقم (كودي) Codable disorder في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM-IV ، وأن محكاته التشخيصية لا تتقرر مستقلة بذاتها، وإنما يشخص رهاب الخلاء بوصفه جانبا من (اضطراب الهلع مع رهاب الخلاء) Panic Disorder With Agoraphobia (وقد سبق تناول هذه الفئة في موضع سابق) أو (رهاب الخلاء من دون تاريخ سابق لاضطراب الهلع) Agoraphobia Without History of Panic Disorder (وسوف نتناول هنا هذه الفئة)·

وقد تقرر هذا الوضع في تشخيص رهاب الخلاء ارتباطا باضطراب الهلع في (الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل) (DSM-III-R,1987) ، واستمر هذا الوضع في (التصنيف الدولي العاشر للاضطرابات النفسية والسلوكية) (1992, . ICD-1)، والدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM-IV,1994) ·

ويستخدم الآن مصطلح (رهاب الخلاء) بمعنى أوسع مما كان يتضمنه من معنى في الأصل، فهذا المصطلح صار يتضمن ليس فحسب الخوف من الأماكن الفسيحة أو المفتوحة، ولكن أيضا الخوف من جوانب متعلقة بها مثل وجود حشد أو زحام من الناس وصعوبة الهرب على الفور وبسهولة إلى مكان آمن (إلى المنزل عادة) · لذا يشير هذا المصطلح إلى تجمع من الرُهابات المترابطة مع بعضها والمتداخلة فيما بينها غالبا وتتعلق بالخوف من ترك المنزل، والخوف من دخول المحلات، والخوف من الحشد أو الزحام ، والخوف من الأماكن العامة، أو خوف الفرد من السفر وحده بالقطارات أو الباصات أو الطائرات· وعلى الرغم من تباين درجة شدة القلق ومدى السلوك الإحجامي، فإن هذا يعتبر أكثر جوانب الاضطرابات الرهابية Phobic disorders تعويقا إلى حد أن بعض الأشخاص الذين يعانونها قد يصيرون حبيسي المنزل كلية· كما أن كثيرا منهم قد يرتعد من فكرة مسيطرة بأنه قد يتعرض لأزمة صحية أو انهيار مفاجئ ويترك في مكان عام أو على الملأ عاجزا لا حول له ولا قوة· ويعتبر الإحساس بعدم وجود مخرج ميسور بشكل فوري واحدا من المعالم الرئيسة لكثير من هذه المواقف الرُهابية· وينتشر رهاب الخلاء

بين الإناث خاصة، وتكون بدايته في فترة الرشد المبكر عادة · وقد يلاحظ أيضا وجود أعراض اكتئابية ووسواسية ورهاب اجتماعي، ولكن هذه الأعراض لا تسود في الصورة الكلينيكية المميزة لهذا الاضطراب· وفي حالة عدم وجود علاج فعال لرهاب الخلاء، فإن هذا الاضطراب غالبا ما يصير مزمنا، على الرغم من أنه يتصف بالتذبذب عادة(1) ·

وتحدد (الرابطة الأمريكية للطب النفسي) مصطلح رهاب الخلاء فيما يلي:

يعني رهاب الخلاء القلق إزاء وجود الفرد في أماكن أو مواقف ، قد يكون الهرب فيها صعبا أو مُرْبكا، أو قد لا يكون فيها الحصول على مساعدة ميسورا، حيث تحدث في هذه الحالات (نوبة هلع) · وتتعلق هذه المخاوف تحديدا بوجود الفرد في الخلاء أو الأماكن المفتوحة أو الفسيحة، أو بترك المنزل أو الأوضاع المألوفة المتعلقة بالمنزل، أو الوجود في زحام أو حشد من الناس ، أو الوقوف في طابور ، أو السفر بالسيارة أو القطار أو الطائرة· وعلى الرغم من أن رُهاب الخلاء عادة ما يحدث باعتباره جانبا من (اضطراب الهلع) ، فإن هناك حالات محددة من (رهاب الخلاء من دون تاريخ سابق لاضطراب الهلع) (1) ·

رهاب الخلاء من دون تاريخ سابق لاضطراب الهلع : يخبر الأفراد الذين يعانون هذا الاضطراب رهاب الخلاء ارتباطا بالخوف من أن تتطور لدىهم أعراض شبيهة بالهلع ، ولكن هذه الأعراض لا تستوفي محكات تشخيص حالة من اضطراب الهلع (2) ·

حالــة إيضاحيـــة :

سيدة تبلغ من العمر ستة وثلاثين عاما، تعاني نوبات عديدة من الشعور بالدوار والإغماء، وذلك طوال الأشهر الثلاثة الماضية · ولم تكشف الفحوص الطبية الشاملة عن أية مشكلات جسمية · لذا أخبرها الطبيب بأن (المشكلة كلها توجد في رأسك، وليس لدىك أية مشكلة طبية)· ومع ذلك فإن هذه النصيحة التي تهدف إلى طمأنتها، لم تقلل من همومها بأنها قد تعاني تلك الأعراض في موقف لا تستطيع فيه أن تحصل على أية مساعدة · وآلت بها مخاوفها إلى أن تقلل من نشاطها وتقلص من أسلوب حياتها الذي كان يتسم بالفاعلىة في سابق حياتها· وكانت لا تترك المنزل دون أن تكون بصحبة أحد، وتحجم عن السير في أماكن مزدحمة ، أو قيادة سيارتها ، أو الانتظار في طابور بالجمعيات التعاونية أو المحال التجارية ، وذلك بسبب ما يتملكها من خوف من أن تتعرض لنوبة من النوبات (3) ·

وتتألف الصورة الكلينيكية في رهاب الخلاء من مخاوف متعددة ومختلفة ، ومن أنماط من السلوك الإحجامي· وتتمركز هذه المخاوف والسلوكات حول ثلاثة موضوعات رئيسة، هي: (1) الخوف من ترك المنزل، (2) والخوف من أن يكون الفرد وحيدا أو بمفرده ، (3) والخوف من أن يكون بعيدا عن منزله ويتعرض لمواقف قد يشعر فيها بأنه في مأزق أو فخ ، أو بأنه عاجز أو مرتبك· وهذا الخوف، وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع، من شأنه أن يؤدي إلى تطور أعراض باعثة على الضيق والكدر في مثل تلك المواقف التي يكون فيها الهرب صعبا أو الحصول على مساعدة مستحيلا (4) ·

وتبدو المخاوف الرهابية في أنماط مميزة تشمل : استخدام وسائل المواصلات العامة (الطائرات والقطارات، والحافلات، ومترو الأنفاق)، والوجود في أماكن مزدحمة، أو في المسارح ودور السينما، أو المطاعم، أو المصاعد، أو المحلات والأسواق التجارية، أو الانتظار في طابور، أو السفر لمسافة بعيدة عن المنزل· وفي الحالات الشديدة من رهاب الخلاء، قد يصبح الفرد سجين منزله تماما، ويتملكه خوف شديد من الخروج من المنزل من دون صحبة أحد أو من البقاء في المنزل وحده (1) ·

حالـــة إيضاحيـــة :

وهي حالة السيدة (آن) التي تبلغ من العمر أربعة وثلاثين عاما · وهي متعلمة تعلىما جامعيا، متزوجة، ولها طفلان· ويقرر المعالج أنه حينما التقاها للمرة الأولى، تكون لدىه انطباع طيب عنها بوصفها سيدة ناضجة، وجذابة، ومنطلقة· وكانت فترة الطفولة والمراهقة عادية، كما مضت حياتها في فترة الرشد المبكر في يسر واستقرار· فإنها، منذ حوالي ثلاث سنوات، بدأت تشعر بأنها (متوترة، وعصبية، ومضطربة) إلى حد ما، وذلك حينما تترك المنزل لشراء بعض المستلزمات أو للذهاب إلى حفلة، أو لصحبة أطفالها بالسيارة·

وكان قلقها ، في البداية، منخفضا نسبيا، ووصفته بأنه (توتر غامض من النوع الذي يأتي من لاشيء)· ولكن، مع مرور الوقت، صار مستوى القلق في تزايد مستمر· وفي غضون عام، كان قلقها يرتفع بدرجة كبيرة حينما تكون خارج المنزل إلى حد أنها لم تكن لتستطيع أن تستكمل سيرها لمسافة قريبة جدا من منزلها إلا إذا كان زوجها أو شقيقتها بصحبتها (لحمايتها)· بل إنها في بعض الأحيان ، حينما تكون بصحبتهما خارج المنزل، تأخذ في الارتعاش، ويحمر وجهها، وتتصبب عرقا، وتضطر في النهاية إلى العودة تاركة مقصدها أينما كانت، وتعود إلى المنزل بأقصى سرعة ممكنة· وقد نجم عن ذلك عديد من المواقف المربكة والمعوقة لها· فعلى سبيل المثال، كانت تترك الحفلات بشكل مفاجئ وفظ، وتهرب من المحلات المزدحمة، بل وحدث ذات مرة أن خرجت مهرولة خارج الكنيسة في وسط الصلاة· وحينما لاحظ المحيطون بها سلوكها الغريب، كانت تفسره بقولها إنها كانت (متعبة)، أو (ليست على ما يرام)، أو لدىها مشاغل كثيرة بالمنزل ينبغي أن تقوم بها ·

وقد تطورت حالتها إلى حد أنها نادرا ما كانت تجرؤ على الخروج من المنزل· وإذا اضطرت إلى الخروج من المنزل، فكان ذلك يحدث لفترات قصيرة جدا، ولم تكن تذهب قط إلى أماكن بعيدة· وكان قلقها يستثار للغاية عندما تفكر في الخروج من المنزل، ويزداد هذا القلق بشكل مفرط في الوقت الذي يفترض فيه أن تترك المنزل، الأمر الذي قد يجعلها غير قادرة على الخروج من المنزل· وقد اصطنعت لنفسها حيلة تلتف بها حول هذه المشكلة، فحينما كانت تجد أنه من الضروري أن تخرج لشراء مستلزمات للمنزل، كانت تذهب للفراش في الليلة السابقة وهي مرتدية ملابس الخروج كاملة وتتزين بالمساحيق التجميلية· وعندما تستيقظ في صباح اليوم التالي، تنهض على الفور من الفراش وتهرع في الحال إلى خارج المنزل· وقد اصطنعت هذه الحيلة على أمل أن تصل إلى المحل أو مكان الشراء قبل أن ينشط القلق لدىها بدرجة مرتفعة لا تستطيع معها فإن تتوقف وتعود توّا إلى المنزل· وقد تستغرق هذه العملية، التي ينشط القلق فيها، نصف الوقت الذي ينقضي في قضاء لوازمها خارج المنزل، ولكن يحدث في بعض الأحيان أن تجد نفسها (في مأزق في طابور مراجعة مشتريات الزبائن عند الخروج من المحل)، وتضطر لذلك إلى ترك سلة مشترياتها وتعود مسرعة إلى المنزل وهي في حالة من الهلع·

ولا تستطيع (آن) أن تفسر لماذا تصير قلقة حينما تترك المنزل · وتقرر فقط أنه قد يحدث شيء (طارئ) ، ولكنها لا تتذكر (أي طارئ) ، ولا تعتقد أنه يمكن أن يحدث أي شيء طارئ عدا أن تتعرض لمرض· وهي تعترف بعدم معقولية مخاوفها ، وتدرك أن مخاوفها تحدث ارتباكا واضطرابا في حياتها ولأسرتها، وأنها لا تملك حيالها أي مقدرة على قمعها أو التغلب علىها، على الرغم مما تبذله من محاولة في هذا الشأن ·

وتبدأ معظم حالات رُهاب الخلاء بسلسلة من نوبات الهلع التلقائية· وإذا استمرت هذه

النوبات، فعادة ما يتطور لدى الفرد قلق توقعي مستديم يتصف بحالة مستمرة من الخوف أو الخشية من وقوع خطر أو شر مرتقب إزاء احتمالات حدوث (النوبة التالية) وعواقبها. وتمثل الأعراض الرهابية الطور الثالث لتطور الرهاب. ويعزو أفراد كثيرون السبب في نوبات الهلع التي يعانونها إلى الموقف الذي تحدث فيه نوبات الهلع لديهم.ونتيجة لذلك يتجنبون هذه المواقف في محاولة منهم للحيلولة دون التعرض لمزيد من نوبات الهلع. وغالبا ما يبدي الأشخاص الرهابيون خوفا من المواقف التي يشعرون فيها أنهم لا يستطيعون أن يتركوا المكان فجأة أو يهربوا منه على الفور إذا حدثت لهم فيه نوبة، مثل الحجرات المزدحمة أو الجلوس في المقاعد الخلفية، أو الأنفاق، أو الجسور، أو الطائرات.

وقد تستمر نوبات هلع تلقائية لدى بعض الأفراد خلال تطور الرهاب لديهم. وفي حالات أخرى، وبعد المرحلة الأولية لتطور الرهاب ، قد تحدث نوبات الهلع نادرا، أو تحدث تحديدا حينما يغامر الفرد بالتعرض للموقف الباعث على الخوف. وفي هذه الحالة ينبغي أن يقرر الاختصاصي الكلينيكي ما إذا كان التشخيص هو اضطراب الهلع مع رهاب الخلاء، أو الرهاب الاجتماعي أو الرهاب النوعي (1) .

ومن الجوانب المهمة في هذا الاضطراب تأثر السلوك الرهابي بوجود شخص موثوق به في صحبة الرهابي ، فهناك أشخاص كثيرون، ممن لا يستطيعون ترك المنزل وحدهم، يمكنهم السفر لمسافات طويلة ويشاركون في معظم الأنشطة إذا كان بصحبتهم زوجهم أو زوجتهم، أو أحد أعضاء الأسرة، أو أحد الأصدقاء المقربين. وليس من الواضح ما إذا كان الاستهداف لنوبات الهلع يتناقص بالفعل في هذا الموقف ، أو ما إذا كان المريض يشعر بعجز أو عزلة أقل (2) .

وإضافة إلى نوبات الهلع والرهابات المتعددة والقلق المزمن، غالبا ما يبدي الأشخاص الرهابيون أعراض نقص الروح المعنوية أو الاكتئاب الثانوي، والشكاوى الجسمية المتعددة وتعاطي الكحوليات أو المهدئات (3) .

الرُهاب الاجتماعيSocial Phobia :

يبدي معظم الأشخاص درجة ما من القلق الاجتماعي، وتلك قاعدة وليست استثناء. ولا يعني وجود القلق الاجتماعي عند معظمنا أنه ينطبق علىه التشخيص الكلينيكي للر هاب الاجتماعي، ولكن هذا التشخيص ينطبق فقط على أولئك الأشخاص الذين يعانون قلقا اجتماعيا شديدا إلى حد أنه يسبب لهم اضطرابا بشكل جوهري في توظيفهم لطاقاتهم النفسية وبخاصة في المواقف الاجتماعية (4) .

ويعني الرهاب الاجتماعي (اضطراب القلق الاجتماعي Social anxiety disorder) الخوف المستديم من مواقف اجتماعية أو مواقف الأداء التي قد يتعرض فيها الفرد لتفحص من الآخرين ويجعله يتصرف بطريقة تسبب له شعورا بالخزي أو الارتباك، أو يبدي أعراضا للقلق تتسبب كذلك في معاناته من الخزي أو الارتباك. وينتج عن الرهاب سلوك إحجامي قد يكون محددا بموقف معين أو بعدة مواقف قليلة، أو قد يحدث في معظم المواقف الاجتماعية. ويعتبر الأداء أو التصرف في حضرة الآخرين أو التفاعل الاجتماعي معهم جانبا أساسيا في الرهاب الاجتماعي، لذا فإن الرهاب الاجتماعي هو في الأساس خوف من نقد الآخرين، ويكون الإحجام عن التفاعل مع الآخرين هو تجنب للنقد. وقد يكون من الصعب في بعض الأحيان أن نميز بين الرهاب الاجتماعي ور هاب الخلاء حينما يكون الإحجام الاجتماعي مصحوبا بنوبات هلع. وقد يستخدم مصطلح (الاضطراب الإحجامي) Avoidant disorder للإشارة إلى الرهاب الاجتماعي الذي يحدث في الطفولة والمراهقة (1) . وغالبا ما يؤدي التعرض للموقف الباعث على الخوف إلى استدعاء القلق

الذي قد يأخذ شكل نوبة هلع· لذا فإن الفرد ينزع إلى تجنب هذه المواقف الباعثة على القلق،أو إلى تحملها بقلق أو كدر شديد · ويتصف الرهاب الاجتماعي بأن الفرد يدرك أن خوفه غير معقول (2)، كما يتصف الأفراد الذين يعانون الرهاب الاجتماعي بخوف عام من أن الآخرين سوف يكتشفون قلقهم في المواقف الاجتماعية ويسخرون منهم (3) ·

حالة إيضاحية :

سيدة تبلغ من العمر ثمانية وعشرين عاما، صاحبة شركة للاستثمار، وتعمل مدىرة لهذه الشركة · وتتطلب منها مهام عملها المتزايدة أن تقدم بشكل دوري عروضا ومحاضرات ودورات تدريبية للمدىرين والعاملين معها في الشركة· ولكنها إزاء هذه المهام صار يتملكها قلق بشكل متزايد عند التفكير في التحدث مع مجموعات المتدربين· وحينما تكون مضطرة لتقديم هذه العروض ، تبدأ بالشعور بالقلق في الأيام السابقة على هذه العروض ، ويتزايد القلق كلما اقترب وقت تقديمها· ويشغلها كثيرا أن قلقها سوف يلاحظه الآخرون أثناء حديثها معهم أو أنها سوف تفعل شيئا يسبب لها خزيا أو ارتباكا (4) ·

ويمكن تحديد الرهاب الاجتماعي في فئتين : الفئة الأولى وتشمل الأشخاص الذين يعانون النمط المقيد للرهاب الاجتماعي، حيث تقيدهم بؤرة من الهموم التي تتركز على الشعور بالخزي أو الارتباك الذي يطوقهم حينما يؤدون نشاطا معينا أمام الآخرين أو في حضرة مجموعة أو تجمع من الأشخاص (مثل، إلقاء كلمة أو خطاب ، أو الكتابة أمام الآخرين، أو العزف على آلة موسيقية، أو حضور حفلة أو مقابلة، أو استخدام دورات المياه العامة ، أو تناول الطعام في مطعم)· وفي الطرف الآخر، تشمل الفئة الثانية للرهاب الاجتماعي أولئك الأشخاص الذين يعانون فعلىا قلقا في أي موقف يتضمن تفاعلا اجتماعيا· وعادة ما يتصف هؤلاء الأشخاص الخجولون ببداية مبكرة للاضطراب وبنمط من الإحجام الشامل الذي يكون من الصعب تميزه فعلىا عن اضطراب الشخصية الإحجامي Avoidant Personality disorder · لذا طُرح اقتراح أثناء مشاورات إعداد الدليل التشخيصي الرابع، يرمي إلى تقسيم هذا الاضطراب إلى اضطرابين منفصلين، هما : قلق الأداء Performance anxiety · والرهاب الاجتماعي· ولكن هذا الاقتراح لم يلق أدلة كافية تؤيده لأن كثيرا من الأشخاص يعانون كلا الاضطرابين أو يقعون في منطقة وسطى بينهما (1) ·

حالة إيضاحية :

تتضمن هذه الحالة تقريرا على لسان سيدة تتصف بذكاء عال وتعمل في وظيفة مرموقة، وتصف نفسها بأنها تعاني (رهاب الهاتف) Phone phobia · والواقع إن هذه التسمية استخدمت بشكل مغلوط لأنها لا تعاني قلقا إزاء الهاتف، وإنما بالأحرى إزاء التفاعلات الاجتماعية التي تتم عبر الهاتف·

(حينما أتحدث عبر الهاتف، أكون متوترة للغاية، كما لو أني (على الخط) ، وأشعر غالبا بأني مشلولة من الخوف · وأشعر كما لو أنه من الواجب علىّ أن أبرر إجراء مكالمة، وأن يكون لدى سبب معقول لعمل مكالمة حتى لا أسبب ضيقا للشخص الآخر، وأن أشرح ما أريده بوضوح واختصار حتى لا أستغرق وقتا طويلا من الشخص الآخر· وإني متأكدة دائما من أني أجعل من نفسي (حمارة) حينما أطلب أحدا عن طريق الهاتف)·

(وقد استطعت، عبر سنوات طويلة، أن أطور لنفسي استراتيجيات خاصة للتعامل مع رهاب الهاتف لدي· فعند عمل أي مكالمة، أعطي لنفسي فترة يوم وأكثر لعمل المكالمة، وأسجلها في مفكرتي· ولكني غالبا ما أؤجل المكالمات المهمة إذا كان مستوى توتري مرتفعا للغاية حينما يحين موعد عمل تلك المكالمات بناء على مفكرتي· وإذا طلبت المكالمة ولم يرد أحد، فإني أشعر دائما بارتياح)·

(كذلك أشعر بالتهديد والتوتر والقلق حينما أتلقى مكالمات· وأشعر كما لو أني قد وضعت في مأزق، ولا أستطيع أن أفكر بسرعة تكفي لكي أستدعي من ذهني إجابات ذكية عن الأسئلة التي يوجهها المتحدث· وحينما يرن الهاتف، أبدأ بالارتعاش بشكل سيئ· وقد وضعت لنفسي قاعدة حازمة كي أتعامل بها مع خوفي : فدائما أرفع سماعة الهاتف بعد الجرس الثاني · وبهذه القاعدة ، أعطى لنفسي وقتا قليلا كي أستجمع شجاعتي ، ولكني لا أستطيع تجنب الخوف إذا لم أرد على الهاتف· وأعترف بأن رهاب الهاتف هذا جعل حياتي المهنية والشخصية صعبة وثقيلة· إن هذا يبدو ضربا من الخبل، ولكني لا أستطيع التغلب عليه، لذا أحاول فقط أن ألتف حوله)·

يتصف القلق في الرهاب الاجتماعي ، كما هي الحال في الرهاب النوعي، بأنه قلق مقيد بالمنبه ومتعلق به · ويخبر الفرد، حينما يوجد في الموقف الرهابي أو يجبر عليه ، قلقا عميقا مصحوبا بعديد من الأعراض الجسمية · ومما يبعث على الاهتمام، أن اضطرابات القلق المختلفة تميل كل منها إلى أن تتصف بمجموعة من الأعراض الجسمية الأكثر هيمنة ووضوحا· فعلى سبيل المثال، يشيع أكثر في حالة نوبات الهلع أعراض خفقان القلب بسرعة وقوة وآلام بالصدر أو الشعور بالضغط، في حين أن تصبب العرق واحمرار الوجه وجفاف الفم تشكل أكثر الأعراض الجسمية شيوعا في حالة الرهاب الاجتماعي· كذلك قد تحدث نوبات هلع فعلية لدى الأفراد ذوي الرهاب الاجتماعي استجابة للمواقف الاجتماعية الباعثة على الخوف (1)·

ويتباين تأثير حجم المخاوف الاجتماعية على فاعلية الفرد وأدائه لوظائفه· فإذا كانت مخاوفه الاجتماعية محدودة، فإنه يستطيع بصفة عامة أن يؤدي وظائفه بشكل جيد وأن تختفي لديه الأعراض نسبيا إلا إذا ووجه بضرورة الدخول في الموقف الرهابي· وحينما يواجه الفرد بهذه الضرورة ، فإنه غالبا ما يكون عرضة لقلق توقعي شديد · ومن ناحية أخرى، فإن المخاوف الاجتماعية المتعددة عادة ما تؤول إلى انخفاض مزمن في الروح المعنوية، وإلى العزلة الاجتماعية ، وإلى تعويق فاعلية الفرد المهنية والاجتماعية· وغالبا ما يتعاطى هؤلاء الأفراد الكحوليات والعقاقير المهدئة للتخفيف على الأقل من المكون التوقعي لاضطراب القلق هذا ، الأمر الذي يؤدي إلى شيوع الإدمان بينهم (2) ·

الرهاب النوعي Specific Phobia :

الرهاب النوعي خوف غير معقول من موضوع أو شيء أو موقف أو نشاط معين، بخلاف الخوف من الأماكن المزدحمة أو الفسيحة (رهاب الخلاء) أو الخوف من النقد الشخصي (الرهاب الاجتماعي)· ويمثل الرهاب النوعي بذلك نمطا فرعيا على أساس الموضوع الباعث على الخوف· وقد يكون الخوف متعلقا بموضوع من موضوعات البيئة الطبيعية (حيوانات، حشرات، عواصف، مياه، الخ)، أو الدم أو الحقن أو الإصابة، أو المواقف (طائرات، سيارات ، مرتفعات، أنفاق، الخ)، وغيرها من المواقف التي قد تؤدي إلى شعور الفرد بالاختناق أو الإغماء أو الاعتقاد بإصابته بالعدوى بمرض معين· ولما كان الرهاب النوعي أحادي الموضوع، أي يتعلق بموضوع واحد أو فئة واحدة من المنبهات، فإنه لذلك قد يطلق عليه أيضا مصطلح (الرهاب البسيط) 1) Simple phobia)· (استخدم

مصطلح (الرهاب البسيط) في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث DSM-III, 198 ( ).

والواقع إن كل فرد قد يوجد في حياته عمليا شيء أو موقف واحد على الأقل يكون مصدرا للخوف وللسلوك الإحجامي الناجم عنه. أما تشخيص الاضطراب الرهابي، فإنه يستخدم فقط عندما يكون الخوف زائدا أو غير معقول، وذا دلالة كلينيكية واضحة(2) .

وتتضمن زملة أعراض الرهاب النوعي ثلاثة مكونات ، هي: القلق التوقعي الذي قد يستثار نتيجة لاحتمال التعرض للمنبه الرهابي، والخوف الرئيسي ذاته، والسلوك الإحجامي الذي ينزع إليه الفرد سعيا إلى خفض القلق . وعادة لا يكون الخوف، في حالة الرهاب النوعي، من الموضوع ذاته ولكن من محصلة خبرة الفرد الناتجة عن علاقته بذلك الموضوع واتصاله به. فعلى سبيل المثال، يكون الشخص الذي يخاف من قيادة السيارة خائفا من الحوادث، والشخص الذي يخاف من الأماكن المغلقة، يكون خائفا من الاختناق أو الوقوع في مأزق في مكان مغلق. وهذه المخاوف تكون زائدة وغير معقولة ومستمرة. ومع أن معظم الأفراد الذين يعانون رهابا نوعيا يعترفون بالفعل بأنهم يدركون أنه (لا يوجد في الواقع شيء يجعلهم يخافون منه)، إلا أن محاولات بث الطمأنينة في نفوسهم إزاء موضوع خوفهم لا تقلل من خوفهم (3) .

ويتسم الأفراد الذين يعانون رهابا نوعيا بالخوف الزائد وغير المعقول من التعرض لموضوع أو موقف نوعي يستدعي استجابة مباشرة للقلق الذي قد يأخذ شكل نوبة هلع. وينزع الفرد إلى تجنب هذا الموضوع أو الموقف أو إلى تحمله بضيق وكدر شديدين. ويدرك الفرد أن خوفه غير معقول أو ليس له ما يبرره (1) .

حالة إيضاحية :

شاب رياضي يبلغ من العمر سبعة وعشرين عاما، يعاني خوفا شديدا من الإبر أو المِحْقَنات . ويحاول تبرير خوفه عن طريق إيضاح أنه يعمد إلى الحيطة والحذر وحماية نفسه من مرض عدوى نقص المناعة المكتسب (الإيدز) . ويدرك أن خوفه غير معقول ، ومع ذلك فهو غير قادر على التحكم فيه . وقد أغمي عليه فيما مضى مرتين حينما أُخذت عينة للدم منه أثناء إجراء بعض الفحوص الطبية عليه. ويصبح قلقا للغاية عند رؤيته لمنظر الإبر، ومهموما لعدة أيام قبل موعد ذهابه إلى الطبيب أو إلى طبيب الأسنان (2) .

أنماط الرهاب النوعي : تتعدد الموضوعات أو المواقف أو الأنشطة التي يكون كل منها موضوعا للرهاب ومحددا لنوعيته، الأمر الذي يفسر الكثرة والتعدد في مسميات الرهاب النوعي التي يتحدد كل منها بمنبه رهابي معين (انظر قائمة مسميات الرهاب النوعي في الصفحات التالية). وإزاء هذه الكثرة والتعدد، يتبنى (الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع) (DSM-IV, 1994) ، وللمرة الأولى في تاريخ البحث في هذه الفئة من اضطرابات القلق، تصنيفا للأنماط الفرعية للرهاب النوعي، بهدف إيضاح بؤرة الخوف أو مصدر الإحجام في الرهاب النوعي، ولكي يتضمن التشخيص نمط الرهاب النوعي كما يتضح من المثال التالي : (رُهاب نوعي، من النمط الحيواني). ووفقا لهذا التصنيف، يمكن تمييز الرهاب النوعي في إطار الأنماط الفرعية التالية (3) :

الأنماط الفرعية

(1) الرهاب النوعي ، من النمط الحيواني Animal Type :

ينبغي تخصيص هذا النمط الفرعي إذا كان الخوف تثيره الحيوانات أو الحشرات أو

بواسطة دلائلها أو إلماعاتها Cues · وعادة ما تكون بداية هذا النمط الفرعي في الطفولة ·

(2) الرهاب النوعي ، من نمط البيئة الطبيعية Natural Environment Type :

ينبغي تخصيص هذا النمط الفرعي إذا كان الخوف تثيره أشياء في البيئة الطبيعية أو بواسطة دلائلها أو إلماعاتها، مثل العواصف والأعاصير والمرتفعات والمياه· وعادة ما تكون بداية هذا النمط الفرعي في الطفولة ·

(3) الرهاب النوعي ، من نمط الدم - الحَقْن - الإصابة

: Blood - Injection - Injury Type

ينبغي تخصيص هذا النمط الفرعي إذا كان الخوف يُستثار من مجرد رؤية الدم أو الإصابة أو من أخذ حقنة أو إجراء طبي قاس آخر · ويأخذ هذا النمط طابعا عائليا بدرجة كبيرة ، ويتصف غالبا باستجابة قوية في الأوعية الدموية ·

(4) الرهاب النوعي ، من النمط الموقفي Situational Type :

ينبغي تخصيص هذا النمط الفرعي إذا أثار الخوف موقفا نوعيا مثل : المواصلات العامة، والأنفاق، والجسور، والمصاعد، والطيران، وقيادة السيارات، والأماكن المغلقة· ويتصف هذا النمط الفرعي بأن سن بداية ظهوره تأخذ شكلا ثنائيا في توزيعها على مدى العمر، حيث يصل هذا النمط إلى ذروته مرة في الطفولة وأخرى في منتصف العشرينات من العمر· ويبدو هذا النمط الفرعي مماثلا (لنوبة الهلع مع رهاب الخلاء) من حيث اتصافها بمعدلات شيوعها بين الجنسين، والنمط العائلي، وسن بداية ظهور هذا الاضطراب ·

(5) الرهاب النوعي ، من نمط آخر Other Type :

ينبغي تخصيص هذا النمط الفرعي إذا كان الخوف يستثار بواسطة منبهات أخرى· وتتضمن هذه المنبهات الخوف أو الإحجام عن المواقف التي قد تؤدي إلى الإحساس بالاختناق، أو القيء، أو الإصابة بالعدوى، أو رُهاب (الفضاء) "Space" phobia (وهي الخوف من أن يسقط الفرد على الأرض إذا كان بعيدا عن الحوائط أو الجدران أو غير ذلك من وسائل السند المادي)، ومخاوف الأطفال من الأصوات العالية أو الأشخاص الذين يلبسون زيا خاصا ·

ويشيع بين الكبار في المواقع الكلينيكية أنماط فرعية معينة، تتراوح ما بين أكثرها تواترا إلى أقلها تواترا، وهي : النمط الموقفي، ونمط البيئة الطبيعية، ونمط الدم - الحقن والإصابة، والنمط الحيواني· وفي حالات كثيرة، قد يحدث لدى الفرد أكثر من نمط فرعي واحد من الرهاب النوعي· ويميل وجود رُهاب واحد من نمط فرعي نوعي إلى أن يزيد من احتمال أن يتطور لدى الفرد رهابات أخرى من داخل هذا النمط الفرعي نفسه (على سبيل المثال، الخوف من القطط و الثعابين) · وحينما يشيع لدى الحالة أكثر من نمط فرعي واحد ، فإنه ينبغي تسجيلها جميعا (مثال ذلك : رُهاب نوعي، من النمط الحيواني ونمط البيئة الطبيعية (Types Specific Phobia, Animal and natural Environment)·

ومع اعتبار تصنيف الرهاب النوعي داخل إطار أنماط فرعية مميزة ، يمكننا أن نختصر قدر الإمكان ما تواتر في الكتابات والدراسات المختلفة من مسميات للرهاب النوعي في القائمة التالية (مرتبة أبجديا) (1) ·

ويبدو من هذه القائمة ، أن هذه الرهابات النوعية يمكن توزيعها تحت الأنماط الفرعية للرهاب النوعي ، كما ميزها الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM-IV . وتبدو قيمة تمييز هذه الأنماط الفرعية للرهاب النوعي مما تجمع من دلائل مستمدة من نتائج بعض البحوث عن صدق ذلك التمييز ، توضح أن هذه الأنماط تميل إلى أن تختلف وفقاً لسن بداية ظهور اضطراب الرهاب النوعي ، والشكل الذي يبدأ ظهوره به ، والتاريخ العائلي ، والإستجابات الفزيولوجية للمنبه الرهابي (1).

إضراب الوسواس - القهري

اضطراب الوسواس – القهري (Obsessive – compulsive Disorder (OCD فئة رئيسة من فئات اضطراب القلق . وتعرف أيضاً بعصاب الوسواس – القهري Obsessive – compulsive neurosis . وتبدو المعالم الرئيسية للإضطراب الوسواسي القهري في الوساوس أو القهار.

ويتحدد الإضطراب الوسواسي – القهري بأنه اقتحام مستديم لأفكار أو إلحاحات أو أفعال غير ضرورية أو غير مطلوبة تتصف بالإختلال التوتري للأنا Ego – dystonic . وقد تتكون الافكار من كلمات مفردة ، أو اجترارات ، أو سلسلة من الأفكار التي يتظر إليها على أنها هراء أو أفكار حمقاء . وتختلف الأفعال من مجرد حركات بسيطة إلى طقوس معقدة ، مثل تكرار غسل الأيدي . أما القهار Compulsion ، فهو مجرد سلوك طقوسي متكرر ، مثل كثرة غسل اليدين أو ترتيب الأشياء أو بعض الأداءات العقلية كتكرار كلمات معينة في صمت تهدف إلى منع وقوع حدث أو موقف بشع . ويشعر الفرد بأنه مسوق إلى أداء هذه الأفعال استجابة لوسواس أو وفقاً لقواعد ينبغي تطبيقها بجمود ، حتى على الرغم من إدراكه بأن هذه السلوكات زائدة أو مفرطة أو غير معقولة (1).

وقد تحدد بوضوح هذا التمييز بين الوساوس والقهار في "الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع" (DSM-IV (1994 ، ويختلف عما كان شائعاً من قبل لدى كثير منا في هذا الشأن . فقد ساد بأن الوساوس والأفعال القهرية تختلف اعتماداً على ما إذا كانت الظاهرات التكرارية تتألف من أفكار أو أفعال : فالوساوس تقتصر على الأفكار التكرارية ، والقهار يقتصر على الأفعال التكرارية . أما في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM-IV ، فتتحدد الوساوس والأفعال القهرية وفقاً لخطوط وظيفية أكثر ملاءمة للعلاج : فالوساوس أفكار أو حفزات أو إلحاحات أو صور تكرارية وإقحامية تسبب للفرد ضيقاً أو قلقاً ملحوظين ، في حين أن القهار سلوك أو أداء عقلي تكراري وطقوسي يهدف إلى خفض القلق . ومن الأمثلة التي تشير بوضوح إلى القهار المعرفي العد من 1 إلى 100 عشر مرات ثم عشر مرات أخرى بالعكس لخفض القلق الناجم عن فكرة وسواسية خطرة (2).

وقد صنف إضطراب الوساوس – القهري ، في "الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع" DSM-IV ، ضمن إضطرابات القلق لعدة أسباب ، وهي (3):

1) إن القلق غالباً ما يرتبط بالوساوس وبمقاومة الأفعال القهرية.

2) إن القلق غالباً ما تنخفض حدته مباشرة عن طريق الإذعان للأفعال القهرية.

3) إن إضطراب الوسواس – القهري غالباً ما يرتبط باضكرابات القلق الأخرى ، مثل إضطرابات الرهاب.

ومع ذلك ليس بالضرورة أن تؤدي الأفعال القهرية إلى خفض القلق . وعادة ما يمكن تمييز نوعية المخاوف المتضمنة في إضطراب الوسواس القهري عن المخاوف المتضمنة في الرهاب أو في القلق المعمم . أضف إلى ذلك أن إضطراب الوسواس – القهري غالباً ما يرتبط بالإضطراب الإكتئابي الأساسي ، فقد تبين وجود تاريخ عائلي قوي للإكتئاب لدى الأشخاص الذين يعانون إضطراب الوسواس – القهري.

وعادة ما يبدأ اضطراب الوسواس – القهري في مرحلة المراهقة أوفي مرحلة الرشد المبكر ، ولكن يمكن أن يظهر في فترة سابقة على هاتين المرحلتين . فقد تبين أن 31% من النوبات الأولى لهذا الإضطراب تحدث في الفترة ما بين سن 10 سنوات و 15 سنة ، وأن 75% منها يتطور في حوالي سن الثلاثين . كما تبين لدى معظم الحالات ، أنه لا توجد ضغوط أو أحداث معينة من شأنها أن تعجل ببداية ظهور أعراض الاضطراب الوسواسي – القهري ، وأن بداية هذا الاضطراب تكون ماكرة أو خادعة بما يكشف غالباً عن تطور مزمن وتفاقمي . ومع ذلك يصف بعض الأفراد بداية مفاجئة لأعراض اضطراب الوسواس – القهري لديهم (1).

ولم يكن اضطراب الوسواس – القهري في "الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث" (DSM-III, 1980) يشخص هكذا إذا كان يمثل اضطراباً ثانوياً لإضطراب نفسي آخر ، مثل زملة "توريت" أو الفصام أو الاضطراب الإكتئابي الأساسي أو الإضطراب النفسي العضوي . أما في "الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل" (DSM-III-R, 1987) فقد استبعدت هذه المحكات القاصرة ، لأنه صار مقرراً أن اضطراب الوسواس – القهري يمكن أن يحدث مصاحباً لأي اضطراب آخر ، وخاصة حينما يسبق اضطراب الوسواس القهري من حيث التطور الزمني بداية نشأة الاضطراب الآخر . وعلى الرغم من أن بعض الآنشطة ، مثل الأكل أو السلوك الجنسي أو لعب القمار أو شرب المسكرات ، وقد يشار إليها على أنها أنشطة "قهرية" حينما يندمج الفرد فيها بشكل مفرط ، فإنه ينبغي تمييزها عن الأفعال القهرية الحقيقية من حيث إن الفرد يخبر تلك الأنشطة على أنها سارة ، وعلى الرغم من أن عواقبها قد تكون غير سارة . كذلك قد يكون التفكير المفرط الوسواسي Obsessive brooding أو الإختبرات Ruminations أو الاستغراقات الذهنية Preoccupations غير سارة ولكنها تختلف عن الوساوس الحقيقية لأنها لا تتصف بالاختلال التوتري للأنا Ego-dystonic ، ما دام الفرد يعتبر أن الفكرة ذات معنى ، بالرغم من أنها قد تكون مفرطة أو زائدة . وربما يكون الأفراد الذين يعانون الوساوس مستهدفين للتفكير المفرط الوسواسي ، لذا تبدو لدى هاتين المجموعتين من المرضى بعض المعالم المشتركة المتمثلة في عدم القدرة على تجنب تسلسل الأفكار أو التحول عنها . ومع ذلك ، فإن معظم الأشخاص الذين يعانون اضطراب الوسواس – القهري يبدون وساوس وأفعالاً قهرية مختلفة ومتعددة في سياق تطور الاضطراب لديهم (2).

ويأخذ اضطراب الوسواس – القهري مظاهر متعددة تستند إلى تجمعات الأعراض ، كما يتضح ذلك مما يلي (3) :

1) تتضمن المجموعة الأولى أولئك الأشخاص الذين يعانون وساوس إزاء القذارة أو الإتساخ أو التلوث ، ويتصفون بأن طقوسهم تتمركز حول الإغتسال القهري والإحجام

القهري عن الأشياء الملوثة.

2) تتضمن المجموعة الثانية أولئك الأشخاص الذين يعانون العد أو الحسب المرضي والمراجعة القهرية.

3) وتشمل المجموعة الثالثة أولئك المرضى "الوسواسيين" الذين يعانون فقط الوساوس من دون وجود أفعال قهرية لديهم.

4) Primaryتتصف المجموعة الرابعة بما يعرف بـ " البطء الوسواسي الأولي" obsession – al slowness ، حيث يكون البطء هو العرض السائد لديهم . فقد يقضي مثل هؤلاء الأشخاص ساعات طويلة كل يوم في الإتسال وإرتداء الملابس وتناول طعام الإفطار ، وتمضي حياتهم ببطء شديد للغاية.

5) وهناك فئة أخرى من الأشخاص الذين يعانون الإضطراب الوسواسي – القهري ، Hoardersيعرفون بـ " المخزنين" ("") ، الذين لا يستطيعون الإستغناء عن أي شيء أو رميه خوفاً من أنهم قد يحتاجون إليه يوماً ما.

وعلى الرغم من أن معظم الأشخاص الذين يعانون الاضطراب الوسواسي – القهري يبدون درجة ما من الاستبصار بحالتهم ، فإن حوالي 5% منهم مقتنعون بأن وساوسهم وأفعالهم القهرية معقولة . ويحدد الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع نمطاً من هؤلاء الأشخاص ممن يبدون استبصاراً ضعيفاً إذا كانوا لا يدركون أن وساوسهم وأفعالهم القهرية زائدة وغير معقولة . ويبرز الدليل الرابع صراحة أن الأفعال القهرية إما أن تكون سلوكية أو عقلية . وتتبدى الطقوس العقلية لدى غالبية الأشخاص ذوي اضطراب الوسواس القهري – ويقصدون من ورائها ، مثل الأفعال القهرية السلوكية ، خفض القلق أو درء الأذى أو الضرر . وعلى الرغم من أن أكثر من 90% من هؤلاء الأشخاص يبدون معالم من كل من الوساوس والأفعال القهرية ، فإن حوالي 28% يضطربون من الوساوس أساساً ، و 2 % من الأفعال القهرية ، و 5% من كل من الوساوس والأفعال القهرية على حد سواء (1).

وتبدو الصورة الكلينيكية لاضطراب الوساوس – القهري هكذا في أن هؤلاء الأشخاص المضطربين يعانون إما الوساوس (أي الأفكار الاقتحامية والمستديمة والمتكررة التي تسبب للفرد قلقاً أو ضيقاً) التي يحاولون قمعها أو تحييدها ، أو الأفعال القهرية (أي السلوكات التكرارية) التي يشعرون أنهم مسوقون إلى ممارستها أو أدائها في محاولة منهم لمنع الضيق أو الكدر أو لدرء حدث مروع ، أو كلاً من الوساوس والأفعال القهرية . ويدرك الفرد عند نقطة معينة أن الوساوس أو الأفعال القهرية مفرطة أو غير معقولة (2).

حالة إيضاحية :

شاب يبلغ من العمر ستة وعشرون عاماً ، يبدي انشغالاً زائداً بالنظافة والصحة . ويقضي قدراً كبيراً من الوقت كل يوم في غسل يديه أو في الاستحمام ، وبخاصة بعد أن يلمس مقعد المرحاض ، أو مقبض الباب ، أي شيء آخر يعتقد أنه ربما يكون قذراً أو ملوثاً . ويوضح هذا الشخص أنه قلق إزاء احتمال أن يصاب بعدوى أو بمرض نتيجة لمس هذه الأشياء . ويعترف من وقت إلى آخر أن تكراره للاغتسال زائد على الحد ، ولكنه يبين أنه يصير قلقاً للغاية حينما يحاول الإحجام عن الاغتسال ، ويشعر في النهاية أنه مجبر على الاغتسال

حتى بدرجة أكبر كي يعوض عن إهماله في الاغتسال (3).

الوساوس : لقد أقر الأطباء النفسيون منذ قرون عديدة الأعراض الوسواسية والقهرية . وكان إسكيرول Escuirol في عام 1838 أول من قدم لها أوصافاً في الطب النفسي . وقدم "كارل وستفال Westphal" تعريفاً للأفكار الوسواسية في عام 1878 على أنها "أفكار ضد إرادة الشخص" ، ولكنه يحتفظ من نواح أخرى بذكاء سليم ، ولا تسببها حالة انفعالية أو شبه *انفعالية .. وتأتي هذه الأفكار في مقدمة الوعي (1).

والوساوس حدث ذهني إقحامي وغير مطلوب أو غير ضروري ، يستدعى عادة قلقاً أو عدم ارتياح . وقد تتواتر الوساوس في شكل أفكار أو آراء أو صور أو اجترارات أو اقتناعات أو مخاوف أو إلحاحات . وغالباً ما تتضمن محتوى عدوانياً أو جنسياً أو غير حصيف أو مثير للاشمئزاز . والأفكار الوسواسية Obsessional ideas أفكار تكرارية تقطع المسار العادي للتفكير ، في حين أن الصور الوسواسية Obsessional images غالباً ما تكون خبرات بصرية قوية . ويتضمن معظم التفكير الوسواسي Obsessive thinking أفكاراً مروعة ورهيبة فقد يفكر الشخص في أن يفعل أسوأ شيء ممكن ، مثل القتل أو الاغتصاب أو الكفر أو التحرش الجنسي ، وتستند الاقتناعات الوسواسية Obsessional convictions إلى أفكار خرافية ، مثل الخطو فوق الخطوط أو العلامات على الأرض . وتتضمن الاجترارات أو الأفكار الإجترارية أو الوسواسية Obsessional ruminations تفكيراً مستديماً غير حاسم إزاء قضايا غيبية أو خارقة (ميتافيزيقية) . وغالباً ما تتضمن المخاوف الوسواسية Obsessional fears القذارة أو التلوث ، وتختلف عن الرهاب لأنها توجد في خالة عدم وجود المنبه الرهابي . كما تتضمن المخاوف الوسواسية الأذى الذي قد يتعرض له الفرد أو يتعرض له الآخرون نتيجة لحظ عاثر أو لحادث مؤسف يقع للفرد مثل نشوب حريق بالمنزل بسبب عدم التحقق من موقد الغاز ، أو انحراف السيارة إلى طريق المشاة نتيجة للقيادة المتهورة . أما الإلحاحات أو الحفزات الوسواسية Obsessional impulses ، فقد تكون عدوانية أو جنسية ، مثل الإلحاحات الإقحامية بقتل الزوجة أو اغتصاب طفل (2).

وتتصف الوساوس بنزعة الفرد إلى مقاومتها أو ضبطها بدرجة ما ، كما أنه ينتج عنها بعض الاختلال في توظيفه لطاقاته . وتعني "المقاومة" في هذه الحالة مجاهدة الفرد أو كفاحه ضد حفزات أو إلحاحات أو ضد أفكار إقحامية . ويعني "الضبط" قدرة الفرد على تحويل تفكيره وإبعاده . وعادة ما تكون الوساوس مصحوبة بأفكار قهرية ، ولكنها قد تكون أيضاً العرض الأساسي أو الوحيد . وقد تبين أن ما بين 10 و 25 % من الأشخاص الذين يعانون اضطراب الوسواس – القهري هم أساساً مرضى وسواسين أو يعانون الوساوس بشكل مسيطر (3).

ومن المعالم الأساسية للتفكير الوسواسي الشك المستمر أو نقص اليقين . وفي ذلك يتصف الأشخاص الذين يعانون الوسواس – القهري بعدم قدرتهم على التوصل إلى إحساس بالتأكد أو عدم الشك بين المعلومات الحسية الواردة إليهم والمعتقدات الداخلية عندهم . ويتضح ذلك من أمثلة عديدة منها : هل يداي نظيفتان ؟ هل الباب مغلق ؟ ويبدو أن الطقوس القهرية ، مثل تكرار غسل اليدين أو التحقق من غلق الباب ، تنشأ عن نقص اليقين أو الشك المستمر ، بل أن الخرافات تعكس صعوبة في الشعور باليقين من أن الأشياء سوف تسير على ما يرام (1).

الأفعال القهرية (القهار) :

تتصف الأفعال الطقوسية القهرية Compulsive rituals بأنها سلوك عادة ما يختزل التوتر وعدم الارتياح ، ولكنه يتم بطريقة ضاغطة أو جامدة . وقد يتضمن هذا السلوك أفعالاً طقوسية تشمل غسل اليدين ، أو المراجعة أو التحقق (من إغلاق الباب أو الغاز مثلاً) ، أو التكرار ، أو الإحجام ، أو السعي إلى الكمال ، أو شدة التدقيق في التوافه والتفاصيل Meticulous . ويعتبر قهار الاغتسال وقهار المراجعة أو التحقق المجموعتين الأكثر شيوعاً للأفعال القهرية . ويمثل الأشخاص الذين يعانون قهار الاغتسال Washing (وقد يعرفون بمصطلح "الغسالون" Washers) ما بين 25% و 50% من معظم عينات اضطراب الوسواس – القهري . ويبدي هؤلاء الأشخاص ضيقاً وكدراً من القاذورات أو الملوثات أو الجراثيم ، وقد يقضون ساعات طويلة من اليوم في غسل اليدين أو في الاستحمام . وقد يحاولون بشكل مقلق تجنب توسيخ أنفسهم من جراء التبول أو التبرز ، أو إفرازات الأعضاء التناسلية . أما الأشخاص الذين يعانون قهار المراجعة أو التحقق Checking (وقد يعرفون بمصطلح "المراجعون المتشككون" Checkers) ، فيتصفون بالشك المرضي ، ومن ثم فهم ينزعون بشكل قهري إلى المراجعة إلى المراجعة أو التأكد لكي يروا ما إذا كانوا قد أقفلوا الباب مثلاً . وغالباً ما تخفق هذه الأفعال القهرية المتعلقة بالمراجعة أو التحقق في معالجة الشك ، بل إنها قد تؤدي بالفعل في بعض الحالات إلى تفاقم الشك (2).

وغالباً ما ينتج عن معظم الأفعال الطقوسية ظاهرة البطء . وعلى الرغم من ذلك ، يمثل البطء الصفة الأساسية لزملة البطء الوسواسي الأولي Primary cbsessional slowness ، وهي زملة معوقة لأداء الفرد . فقد يستغرق الفرد الذي يعاني هذه الزملة عدة ساعات لكي يرتدي ملابسه أو يستعد للخروج من المنزل . وقد يكون هذا البطء استجابة لنقص اليقين كذلك . ومع ذلك ، فربما لا يعتمل عندهم إلا قلق بسيط بصرف النظر عن وساوسهم وأفعالهم الطقوسية (1).

كذلك ، كثيراً ما تشيع الأفعال القهرية الذهنية Mental compulsions ، الأمر الذي يتطلب من الاختصاصي الكلينيكي أن يبحث عن هذه الفئة من الأفعال القهرية ، لأنه ربما لا يكتشفها إذا كان يركز فقط على الأفعال الطقوسية السلوكية . فهؤلاء الأشخاص ، على سبيل المثال ، قد يقبلون في ذهنهم لمرات عديدة ما جرى من محادثات في السابق مع أشخاص آخرين لكي يتأكدوا من أنهم لا يدينون أنفسهم . وتبين الدراسات الميدانية عن اضطراب الوسواس – القهري في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM-IV OCD ، إن 80% من الأشخاص الذين يعانون اضطراب الوسواس – القهري يتصفون بكل من الأفعال القهرية السلوكية والذهنية ، وأن الأفعال القهرية الذهنية تمثل النمط الثالث الأكثر شيوعاً من أنماط الأفعال القهرية بعد قهار المراجعة أو التحقق والاغتسال . وعلى الرغم من أن الفحوص الكلينيكية تكشف عن وجود تجمعات مميزة للأعراض الواسمة للأشخاص الذين يعانون كلاً من قهار المراجعة أو التحقق أو قهار الاغتسال ، والأشخاص الذين يختزنون الأشياء ولا يتخلصون من أي شي يمكنهم الاستغناء عنه (ويطلق عليهم مصطلح "المخزنون" Hoarders) ، والأشخاص الوسواسيين ، والأشخاص الذين يتصفون بالبطء الأولي ، فإن هذه الأعراض قد تتداخل مع بعضها أو قد تتطور بشكل متعاقب (2).

حالة إيضاحية :

"مقابلة مع حالة تعاني اضطراب الوسواس – القهري (1)"

نعرض هنا من مقتطفات من مقابلة أجرا ها (دافيد هولمز مؤلف كتاب المأخوذ عنه هذه الحالة) مع رجل يبلغ من العمر خمسة وثلاثين عاماً ، يعاني اضطراباً وسواسياً – قهرياً استمر معه حوالي ستة أعوام . وهو حاصل على دراسات عليا ، وبعمل مديراً ناجحاً على مستوى الإدارة الوسطى في إحدى الشركات الكبيرة . وقد انعكس سلوكه الوسواسي – القهري على عمله إلى حد أنه الفترة الأخيرة اضطر إلى العمل في موقع أقل مستوى . وقد خضع لبرنامج علاجي اشتمل على إرشاد نفسي ، وعلى تناول علاج طبي من عقاقير مضادات الاكتئاب والقلق.

المعالج : هل يمكن أن تبدأ لقاءك معي بأن تخبرني كيف بدأت المشكلة ؟

الحالة : أستطيع أن أخبرك بماهية الاحداث التي مرت علي ، ولكني شعرت في بعض الأوقات كما لو أن هناك شيئاً غير صحيح في حياتي . بل قد تحدثت مع زوجتي برغبتي في أن أعرض نفسي على اختصاصي في الإرشاد الأسري . ومن بين السلوكات التي لاحظتها في نفسي في البداية ، كانت حينما يأتي موعد الغداء ، حيث أذهب دائماً إلى حجرة الأطباق وآخذ طبقاً من الصف الثاني للأطباق وليس من الأطباق الأولى الموجودة في الصف العلوي ، اعتقاداً مني بأنه ربما توجد جراثيم على الأطباق الأولى ، وبأن الأطباق الأولى تحمي ما تحتها من أطباق .. ذلك هو كل ما لاحظته من بداية حالتي . وأستطيع أن أخبرك بالأفعال الطقوسية التالية ، ولكن حالتي لم تستغرق وقتاً طويلاً قبل أن يتطور لدي قدر كبير من هذه الطقوس.

وأستطيع أن أحدد نوعين أساسيين من الأفعال الطقوسية التي تطورت لدي : أحدهما حينما أخرج من المنزل ، كنت أسير دائماً من خلف المنزل ، والآخر هو أني أجد نفسي دائماً أفل الشيء مرات عديدة ، فمثلاً أفتح باب السيارة وأغلقه مرتين ، وأفتح باب المنزل وأغلقه مرتين ، وعند الخروج من باب المنزل ، أفعل ذلك مرتين ، حيث أخرج من الباب ثم أعود وأفعل ذلك مرة ثانية . وقد تطورت لدي أفعال عديدة من هذا النمط الدائري ، حيث أجد نفسي مجبراً على تكرار فعل الشيء مرات عديدة . وصارت الأعداد شيئاً مهماً في هذا الأسلوب الطقوسي لممارسة الأشياء ، ذلك أني أجد نفسي مضطراً إلى عمل الأشياء لعدد معين من المرات . ولم يكن ذلك يتم دائماً بنفس العدد ، إذ يعتمد ذلك على درجة ارتفاع القلق عندي . ولهذا فقد اختلف عدد مرات تكرار هذه الأفعال ، وكان العدد الشائع مرتين ، ثم صار أربع مرات ، أو خمساً أو سبعاً أو تسع مرات ، ولكن لم يرتفع العدد إلى إحدى عشرة أو اثنتي عشرة مرة أما العدد ثلاثة عشرة ، فهو عدد مشئوم وبشع . وأجد نفسي أنه كلما ازداد قلقي ، يزداد بالتالي عدد المرات التي أكرر بها هذه السلوكات الطقوسية.

المعالج : ما الأشياء التي تجد نفسك مجبراً على أن تفعلها سبع مرات ؟

الحالة : أي شيء . فتح أو غلق باب السيارة ، أو الخروج من باب المنزل.

المعالج : وماذا تعتقد أنه يمكن أن يحدث إذا لم تفعل ذلك؟

الحالة : أعتقد أن ذلك هو ما حدث حينما بدأت أول مرة بفعل هذه الطقوس ، حيث كنت أنظر إليها على أنها نوع من الوقاية . فعندما كنت آخذ الطبق من الصف الثاني وليس من الصف العلوي ، أعتقد أن الطبق سوف يكون خالياً من الجراثيم ، فإذا لم أفعل أي شيء من

هذه الطقوس ، فإن شيئاً بشعاً قد يحدث لي ، ذلك أني دائماً كنت أخاف من أن أصاب بأزمة قلبية أو بسكتة دماغية ، أو أخاف من الموت . وتلك هي المخاوف الثلاثة الأساسية التي كانت تقلقني ، ولكن ، في غضون فترة قصيرة ، تطورت لدي مجموعة كبيرة من الأفعال الطقوسية التي غظت كل جانب من حياتي . فعلى سبيل المثال ، عندما استيقظ في الصباح ، أجد نفسي مجبراً على إلقاء الأغطية ورميها بعيداً عني ، ثم أتغطى بها مرة ثانية ، وبعد ذلك ألقي بها مرة أخرى . وعند هذه المرحلة من تطور حالتي ، صار كل شيء في حياتي تحكمه تلك الطقوس . فمثلاً ، صارت هذه الطقوس تتحكم إجباراً في طريقة غسلي لأسناني ، فقد كنت أرفع الفرشاة إلى الأعلى ثم إلى الأسفل ، ثم إلى الأعلى مرة أخرى . وعند ارتدائي للجورب ، أخلعه بعد ارتدائه ، ثم أرتديه مرة أخرى . وكذلك الحال بالنسبة لارتداء القميص أو البدلة . في هذه الحالات ، يعمل العدد اثنان في أدائي لهذه الأفعال . ويصل الأمر إلى أني أستغرق ثلاث ساعات ونصف الساعة في ارتدائي وفي الاستعداد للخروج من المنزل في الصباح.

وقد تطورت حالتي إلى حد أني لم أكن أجرؤ على الذهاب إلى أماكن المقابر أو المستشفيات أو السير بالقرب من مناطقها ، فهذا يذكرني بالموت . بل لقد وصلت بي الحال إلى أني كنت أتجنب العلامات أو الدلائل ، مثل علامات المستشفيات . وإذا توقفت عند العلامات المرورية "قف" ، فإن هذا يعني بالنسبة لي أن قلبي سوف يتوقف ، الأمر الذي كان يدفعني إجباراً إلى تجنب تلك العلامات . وإذا وصلت إلى منطقة فيها تلك العلامة المرورية . فإني أسأل نفسي : "هل من الصواب أن أمر بجانب العلامة "قف" ؟ ومن يكونون معي عليهم أن يقولوا "نعم" . وهم لا يستطيعون أن ينطقوا بها ، لذا علي أن أستمر في مضايقتهم حتى يقولون كلمة "نعم" ، فإن الأمور تسير على ما يرام.

ولا تستطيع أن تتخيل كيف أن ذلك شيء مخز بالنسبة لي ، لأني في كل مرة أقول لنفسي : "يا إلهي ، لن أفعل ذلك هذه المرة" ، ثم أمر بجانب العلامة "قف" دون أن أطلب المغفرة . وقد ألجأ إلى الذهاب بعيداً عن هذا المكان والالتفاف من منطقة تبعدني عن خط سيري والدوران إلى الاتجاه المقابل للطريق ، ثم أعود مع ذلك إلى مكان العلامة "قف" ، وأفعل ذلك وأنا أتصبب عرقاً . وأعتبر نفسي أني أصبحت أجد نفسي فيها مجبراً على عمل هذا الدوران بالشارع U turn artist . وتمر علي بعض الفترات التي أجد نفسي فيها مجبراً على عمل هذا الدوران خمس أو ست مرات في شارع مزدحم ثم أرجع مرة أخرى إلى مكان العلامات المرورية "قف" . يا إلهي ، ذلك جنون مني ! وإذا لم أفعل أي عمل من أعمالي الطقوسية هذه ، أصاب حقيقة بهلع شديد . وأتذكر ذلك حينما أكون عائداً من عملي ، كنت أجد نفسي مجبراً على أن أدور بسيارتي مرتين حول المبنى الذي يوجد به عملي وذلك قبل أن أذهب إلى منزلي . وفي أحد الأيام الصعبة ، كان علي أن أفعل ذلك إحدى عشرة مرة . حسناً بقد قلت أحد الأيام : "الجحيم في ذلك ، لن أفعل ذلك – وتلك مقامرة . وسوف أقود سيارتي إلى المنزل مباشرة". وفعلاً ، لم ألف بسيارتي حول المبنى ، ومضيت في طريقي مباشرة إلى المنزل ، ولكن ما أن ابتعدت مسافة قصيرة عن المبنى حتى صرت أحس باضطراب تنفسي وبتزايد تسارع نبض قلبي ، وغير ذلك مما صار يعتريني من تغيرات . وفي منتصف الطريق إلى المنزل ، صرت أفكر بضرورة العودة ، إني أتجمد . ثم بدأت بحالة الهلع عندي ، وبدأت تظهر كل الأعراض الجسمية . واعتقدت أنني "أفقد سيطرتي على نفسي ، وعلى أن أعود للدوران حول المبنى" . ثم فكرت : لا ، لن أفعل ذلك علي أن أعود إلى المنزل ، لذا صرت أقود سيارتي لمسافة سبعة أميال لمدة ساعة في شوارع بعيدة بالمدينة ، إلى حد أن قدمي كانت ترتعش على كابح السيارة أثناء قيادتي . ووصلت إلى منطقة مرتفعة كنت أرى منها منزلي ، وعندئذ صار توتري ينخفض . وعدت إلى المنزل وأنا أرتعد ، ولكن انتهى الموقف.

المعالج : ينبغي أن تصبح أسرتك قلقة بشأن ذلك.

الحالة : لقد كانت ابنتي الصغرى تكره شجاعتي . لا أحد يفهم ذلك ، وأنا لا أفهم ذلك وأي شخص ينبغي أن يكون قادراً على أن يمر من خلال الباب اللعين من دون أن يفعل ذلك مرتين . إن ما تعنيه لا تستطيع أن تفعله . لقد كان ذلك أمراً صعباً للغاية.

المعالج : لقد قلت قبل إنك كنت تفعل هذه الطقوس لكي تتجنب الموت بقدر الإمكان كيف كنت تربط شيئاً مثل رفع فرشاة الأسنان بالموت ؟ لمذا كان رفعك لفرشان الأسنان مرتين يحميك من احتمال الموت ؟

الحالة : حسناً ، كل شيء مرتبط بالحياة . فأنت تضع فرشاة الأسنان في فمك ، ولكنك ينبغي أن تتنفس من خلال فمك . فكل شيء يتعلق بفمي أو أنفي كان .. وارتداء القميص ووضعه على صدري .. وماذا يوجد في صدرك ؟ قلبك . كل هذه الأشياء ، إنها كذلك ! يوجد منطق جنوني في كل ذلك ، وكل منها فيه غرضه الخاص . وهذا أشبه بذلك الفتى الذي كان يجلس حقل واسع وهو يطقطق أصابعه مرات عديدة ، وحينما سأله فرد آخر لماذا يطقطق أصابعه ، أجابه : "إن هذا يجعل الأفيال بعيدة" . قم قال له الفتى الآخر : "يا للهول ، لا توجد أفيال هنا" . فقال له الفتى وهو يطقطق أصابعه : "أنظر ، إنها تشغلني !"

وقد يثير الباحثون الكلينيكيون قضية أساسية استمرت فترة طويلة بشأن ما قد يبدو من خلط بين الاضطراب الوسواسي – القهري واضطراب الشخصية الوسواسية – القهرية Obsessive – compulsive personality disorder . فقد افترض المحللون النفسيون وجود متصل بين اضطراب الشخصية القهرية واضطراب الوسواس – القهري . وفي ذلك يقرر "جانيه" أن كل المرضى الوسواسيين يتصفون بشخصية مرضية في سباق حياتهم Premorbid personality ترتبط سببياً باضطراب الوسواس – القهري . ولاحظ "فرويد" وجود ارتباط بين أعراض "العصاب الوسواسي" Obsessional neurosis وسمات الشخصية مثل العناد ، والشح أو البخل ، والحرص على الشكليات والتفاصيل بشكل مفرط ، والمحافظة على الترتيب والنظام (1).

ومع ذلك ، تفترض الدلائل الظاهرياتية والوبائية أن اضطراب الوسواس – القهري يتحدد بشكل كيفي عن اضطراب الشخصية الوسواسية – القهرية . فأعراض الاضطراب الوسواسي – القهري هي أعراض للاختلال التوتري للأنا Ego – dystonic ، في حين أن السمات الشخصية الوسواسية – القهرية تعكس حالة من المواءمة التوترية مع الأنا Ego – systonic ولا تتضمن إحساساً بالقهار ينبغي مقاومته . وتشير الدراسات الوبائية إلى أن اضطراب الطابع الوسواسي – القهري Obsessive – compulsive character لا يعتبر ضرورياً ولا كافياً لتطور أعراض اضطراب الوسواس – القهري . ففي الحالة التي يتطور فيها الأشخاص الذين يتصفون بسمات وسواسية ، اضطراب نفسي شديد ، غالباً ما تتطور لديهم أعراض الاكتئاب أو هذه العظمة (البارانويا) أو أعراض جسمية وليس اضطراب الوسواس – القهري . وإذا كانت الدراسات الأقدم تشير إلى وجود سمات وسواسية محددة لدى ما يقرب من ثلثي الأشخاص الذين يعانون اضطراب الوسواس – القهري ، فإن الدراسات الحديثة ، التي اعتمدت على التقويم المقنن لهذا الاضطراب ، بين أن 6% من الأشخاص ذوي اضطراب الوسواس – القهري يعانون اضطراب الشخصية الوسواسية – القهرية وفقاً لمحكات الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث (DSM-III, 1980) . ولكن تطبيق محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل (DSM-III-R, 1987) ، التي تسمح بمفهوم أكثر اتساعاً لاضطراب الشخصية الوسواسية – القهرية ، يكشف عن زيادة في هذه التقديرات تصل إلى 25% (1) . وتتجه الدراسات الآن إلى تحديد

ما إذا كانت السمات القهرية أو السمات الأخرى للشخصية لدى الأشخاص ذوي اضطراب الوسواس – القهري ، سمات مستديمة أو تتناقض مع علاج هذا الاضطراب (2).

اضطراب الضغوط

"اضطراب الضغوط التالية للصدمة واضطراب الضغوط الحاد"

يتضمن تشخيص اضطراب الضغوط فئتين أساسيتين ، هما : اضطراب الضغوط التالية للصدمة ، واضطراب الضغوط الحاد.

اضطراب الضغوط التالية للصدمة

: Post – traumatic Stress Disorder (PTSD)

لقد أقرت "الرابطة الأميركية للطب النفسي" رسماً فئة الاضطرابات المتعلقة بالصدمات وتحديد محكات تشخيصها ، مع مطلع النصف الثاني من القرن العشرين ، استجابة لتزايد معدلات الحالات النفسية المرضية المرتبطة بالحرب بعد الحرب العالمية الثانية خاصة.

فالمحكات الرسمية الأولى لتشخيص الاضطرابات المتعلقة بالصدمات أقرتها للمرة الأولى "لجنة المصطلحات والإحصاءات" ("Committee on Nomenclature and Statistics") التي شكلتها "الرابطة الأميركية للطب النفسي" في عام 1952 . بناء على ذلك تضمين مصطلح "رد الفعل الشديد للضغوط" Gross stress reaction ، باعتباره فئة تشخيصية من فئات الاضطرابات النفسية ، في "الدليل التشخيصي والإحصائي الأول للاضطرابات النفسية" Disorders "DSM-I" Diagnostic and statistical Manual of Mental الذي أصدرته "الرابطة الأميركية للطب النفسي" عام 1952 . وفي هذه الوثيقة التشخيصية المقننة للاضطرابات النفسية ، شخصت هذه الاضطرابات على أنها تنطبق على المواقف التي تتضمن التعرض "لمطالب جسيمة شديدة أو لضغوط زائدة ، مثلماً يحدث في المعارك أو في الكوارث المدنية" . وتعترف هذه الوثيقة بأنه " في حالات كثيرة ينطبق هذا التشخيص على الأشخاص "العاديين" الذين يخبرون ضغوطاً لا يستطيعون تحملها" (1) . كذلك تصف الطبعة الأولى "للدليل التشخيصي والإحصائي" (DSM-I) هذه الاضطرابات على أنها "أعصبة صدمية" ("Traumatic neuroses") استناداً إلى التفسير الفرويدي الشائع حينذاك على أن الاضطرابات النفسية تكمن جذورها في صراعات نفسية داخلية غير محلولة تبدو أعراضها في عمليات دفاعية لا شعورية . ويعتبر تفسير "الدليل التشخيصي والإحصائي الأول" للزملات المكتسبة للصدمة محدوداً من الناحية العملية ، وخاصة ما يتعلق بعدم مصداقية الاعتقاد الفرويدي بأن هذا الشكل من أشكال "العصاب" يعد دليلاً على التعرض الحقيقي للصدمة ، وليس التعرض المتخيل لها . ومع ذلك ، فعلى الرغم من أن هذا الدليل في طبعته الأولى لا يزودنا بمحكات إجرائية لهذه الفئة من الفئات التشخيصية للاضطرابات النفسية ، فإن ما قدمه من محاولات تصنيف هذه

الفئة إنما ينطوي على قيمة بالغة الأهمية ، لأنه أكد الحاجة إلى الاهتمام المهني باضطراب وفي أسبابه ومظاهره وأعراضه . وفي ذلك يقرر بعض الباحثين أن فئة "رد الفعل الشديد للضغوط" التي تضمنها "الدليل التشخيصي الإحصائي الأول" (DSM-I) صارت نتيجة لذلك تلقي اعترافاً على المستوى الدولي (1).

ولكن ، بالرغم من هذه البداية التي شهدها مطلع النصف الثاني من القرن العشرين لإقرار فئة اضطراب الضغوط المرتبطة بالصدمات تحت مسمى "رد الفعل الشديد للضغوط" ، فإن هذه الفئة استبعدت من "الدليل التشخيصي والإحصائي الثاني للاضطرابات النفسية" (DSM-II) الذي أصدرته "الرابطة الأميركية للطب النفسي" عام 1968 ، حيث ذهبت إلى أن الزملة التالية للصدمات ينبغي أن تحدد بجمود أقل . ولهذا فقد طبقت على هذا الاضطراب مسميات تشخيصية واسعة أخرى وهي "الاضطراب الموقفي الوقتي" (" Transient situational disturbance") و"رد الفعل التوافقي" ("Adjustment reaction") . وتحدد " الاضطراب الموقفي الوقتي" على أنه "أي اضطراب نفسية تكمن ورائها ، ويمثل رد فعل حاداً لضغوط بيئية غامرة" (2) . وتعكس هذه المسميات إغفالاً لمعالم هذا الاضطراب ولأعراضه التي تتطور بالفرد من وهن إلى وهن ، وما لهذا من متضمنات علاجية . وإضافة إلى ذلك ، فإن ما تتصف به هذه الفئة الجديدة من عمومية لم يشجع على تطور أي اهتمام مهني واسع الانتشار بهذا الاضطراب على الأقل لمدة عقد آخر من الزمان . ولهذه الأسباب لم تشهد فترة السبعينات إلا تقدماً عليماً ضئيلاً في هذا الميدان (3).

أما الإقرار الرسمي المحدد للفئة التشخيصية التي صارت تعرف بالمصطلح "اضطراب الضغوط التالية للصدمة" "Post-traumatic stress disorder "PTSD ، فقد تقرر في "الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للاضطرابات النفسية" (DSM-III) الذي أصدرته "الرابطة الأميركية للطب النفسي" عام 1980 . وصار هكذا لاضطراب الضغوط التالية للصدمة PTSD كيان تشخيصي مميز داخل فئات "اضطرابات القلق" . فوفقاً لتصنيف 1980 ، يتضمن اضطراب الضغوط التالية للصدمة "تطوراً لأعراض مميزة تنشأ بعد التعرض لحدث صادم نفسياً يكون خارج نطاق الخبرة الإنسانية بصفة عامة" . ومنذ ذلك الوقت ، صار "الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث" DSM-III يكتسب مكانة مرموقة ويلقى اعترافاً واسعاً بين الاختصاصيين الممارسين للصحة النفسية كما صار لغة مشتركة Lingua franca بينهم (1) . وتزايد نتيجة لذلك عدد البحوث التي أخذت مناحي مختلفة في دراسة هذا الاضطراب ، الأمر الذي توفرت معه قاعدة بيانات هائلة كانت أساساً للتحقق من الصدق التشخيصي Diagnostic validity لهذه الفئة من الاضطرابات ، كما كانت ركيزة للجهود التي بدأت منذ عام 1983 لمراجعة "الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث" ، حيث صدرت الطبعة المعدلة للدليل التشخيصي الإحصائي الثالث للاضطرابات النفسية (DSM-III-R) في عام 1987.

تقدم "الرابطة الأميركية للطب النفسي" في "الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل للاضطرابات النفسية" (DSM-III-R) تعريفات محددة وإجرائية لمحكات عوامل الضغوط Stressor criteria ، كما تقدم معلومات جديدة عن الأعراض الأولية والثانوية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة.

وخلافاً للدليل التشخيصي والإحصائي الثالث DSM-III ، يزودنا "الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل DSM-III-R" بأمثلة عن الفئات المختلفة للصدمة التي يمكن أن تتسبب في نشأة الاضطراب ، وتشمل: "التعرض المباشر لضغوط قوية تتصف بتهديدات لحياة الفرد أو لتكامله الجسمي" ، وخبرات الملاحظة مثل: "رؤية شخص آخر

تحدث له إصابة شديدة ، أو يتعرض لقتل نتيجة لحادث أو لعنف بدني" ، وأخيراً الوسائط اللفظية التي تحمل "معرفة عن تهديد خطير أو أذى شديد لصديق حميم أو لشخص قريب" (2).

وكان صدور هذه الطبعة المعدلة للدليل الثالث بمثابة طفرة علمية ومهنية ، اكتسب معها ميدان "اضطراب الضغوط التالية للصدمة" مصداقية تشخيصية وما لهذا من متضمنات في جدوى ما يقدم من برامج وأساليب التدخل الإرشادي والعلاجي".

ثم كان التعديل الأخير الذي أصدرته "الرابطة الأميركية للطب النفسي" للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية بصدور "الطبعة الرابعة" منه في عام 1994 (DSM-IV, 1994) . وقد ظل "اضطراب الضغوط التالية للصدمة"PTSD في "الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع" (DSM-IV) ، مثلما كانت الحال في "الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل" (DSM-III-R) ، مصنفاً ضمن فئات "اضطرابات القلق" ، كما ظلت المحكات الأساسية متمثلة في وجود عامل ضاغط مهيأ بشكل زائد ، وذكريات إقحامية ، وتبلد انفعالي ، واستثارة زائدة . ولكن ما يقدمه "الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل" (DSM-III-R) من وصف للحدث الصدمي على أنه "حدث يقع خارج نطاق الخبرة الإنسانية العادية" ، وأعتبره "الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع" (DSM-IV) على أنه وصف غامض وغير موثوق فيه ولا يعول عليه ، ومن ثم فقد تم استبعاده . كما تقررت في "الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع" محكات جديدة لطول مدة هذا الاضطراب ، حيث صنف في قسمين فرعيين هما الاضطراب الحاد acute أو الاضطراب المزمن 1) chronic).

ويلاحظ أنه لا يوجد اتفاق عام بين كل الباحثين على أن "اضطراب الضغوط التالية للصدمة" ينتمي إلى اضطرابات القلق . فعلى الرغم من أن القلق عرض مهيمن ، فإن ذلك ينطبق أيضاً على اضطرابات أخرى مثل الاكتئاب . أما ضرورة وجود عامل ضاغط مهيأ في تشخيص هذا الاضطراب ، فيختلف عن الاضطرابات الأخرى للقلق ، ويقترب كثيراً من حالات مثل الذهان الاستجابي القصير ، والحزن المرضي ، واضطرابات التوافق ، فعلى سبيل المثال ، يذهب "التصنيف الدولي العاشر للاضطرابات النفسية والسلوكية" (ICD-10,) الصادر عن "منظمة الصحة العالمية" (WHO, 1992) إلى تصنيف كل تلك الاضطرابات على أنها اضطرابات متعلقة بالضغوط . وإذ يقر "الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع" بطائفة من الاضطرابات النابعة من الضغوط الشديدة ، فإنه يضيف "اضطراب الضغوط الحاد" Acute stress disorder إلى فئات "اضطراب القلق" . وثمة تشابه بين "اضطراب الضغوط الحاد" و "اضطراب الضغوط التالية للصدمة" من حيث الحدث الصدمي المهيأ والأعراض الواسمة لهما . ولكن "اضطراب الضغوط الحاد" محدود زمنياً ، فلا يستغرق أكثر من شهر بعد الحدث.

وثمة اهتمام متزايد بالبحث فيما وراء أعراض "اضطراب الضغوط التالية للصدمة" ، حيث يحدد بعض الباحثين مجموعة ثابتة من السمات التي تتطور غالباً لدى الأفراد الذين تعرضوا لصدمة مزمنة سواء من الصغار أو الكبار . ويبرز من بين هذه الزملات المعقدة التالية للصدمة ، تلك المجموعة التي تتصف بتغيرات مستمرة في الهوية ، والعلاقات التشخيصية المتبادلة ، والإحساس بمعنى الحياة (1) . ويقر "التصنيف الدولي العاشر للاضطرابات النفسية والسلوكية" (ICD-10, 1992) بتغيرات مماثلة في الشخيصة ويصفها على أنها " تغيرات ثابتة في الشخصية بعد التعرض لخبرة من خبرات الكوارث" . وفي ذلك أيضاً يتوجه الاهتمام في هذا الميدان إلى مفهوم اضطرابات "طائفة الصدمة" (Trauma spectrum” disorders“) ، التي تنشأ أساساً عن سوء المعاملة المزمنة في

الطفولة داخل الأسرة ، وتشتمل على مظاهر متنوعة مثل "اضطراب الشخصية الحدي" و "اضطراب الشخصية المتعدد" (2).

ونعرض لمفهوم "اضطراب الضغوط التالية للصدمة" (Post – traumatic stress disorder "PTSD") استناداً إلى وثائق "الرابطة الأميركية للطب النفسي" الخاصة بالدليل التشخيصي والإحصائي الرابع" و"منظمة الصحة العالمية" في "التصنيف الدولي العاشر في الاضطرابات النفسية والسلوكية".

تتناول "الرابطة الأميركية للطب النفسي" مفهوم "اضطراب الضغوط التالية للصدمة" (PTSD) في "الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع لاضطرابات النفسية" (DSM-IV) بالتحديد والتحليل على النحو التالي (3).

"اضطراب الضغوط التالية للصدمة" فئة من فئات اضطرابات القلق حيث يقعب تعرض الفرد لحدث ضاغط stressor نفسي أو جسمي غير عادي ، في بعض الأحيان بعد التعرض له مباشرة وفي أحيان أخرى ليس قبل ثلاثة أشهر أو أكثر بعد التعرض لتلك الضغوط معاودة مستمرة لخبرة الحدث ، وتجنب المنبهات المرتبطة بالصدمة أو تخدر الاستجابة العامة للفرد ومظاهر الاستثارة الزائدة وتتضمن الصدمة معايشة الفرد لخبرة حدث من الأحداث أو مشاهدته ، أو مواجهته . وهذا الحدث يتضمن موتاً أو أذى حقيقياً أو مهدداً ، أو تهديداً للتكامل الجسمي للفرد أو لأشخاص آخرين مع حدوث رد فعل فوري من الشعور بالخوف الشديد ، أو العجز ، أو الرعب.

وقد تأخذ معاودة خبرة reexperiencing الصدمة أشكالاً عدة منها : الإسترجاعات والذكريات المتكررة ، والإقحامية ، والكدرة للحدث "وتتواتر في شكل صور أو أفكار ، أو إدراكات ، للحدث" أو الأحلام الكدرة والمتكررة للحدث ، أو الشعور المفاجئ كما لو أن الحدث يقع مرة أخرى أو يحيا ثانية "متضمناً نوبات الإرتجاعات التفكيكية" dissociative flashback أو الشعور بضيق نفسي شديد أو حدوث رد فعل فيزيولوجي شديد إذا تعرض الفرد للعلامات أو إلماعات cues ، داخلية أو خارجية وترمز إلى جانب من جوانب الحدث أو تضاهيه ، ويحاول الشخص المتأثر بالحدث أن يتجنب الأفكار والمشاعر المرتبطة بالحدث و بأي شيء قد يستدعي لديه ذكريات عنه وقد تنشأ حالة من "النساوة" Amnesia لجانب مهم من الصدمة لجانب مهم من الصدمة . وقد يفقد الشخص اهتماماته بالأنشطة المهمة لديه ، أو يشعر بالانفصال أو الغربة عن الآخرين ، أو يتملكه إحساس بمستقبل غير واعد.

وقد يواجه الشخص صعوبة في الخلود إلى النوم أو في مواصلة النوم ، وقد يكون متهيجاً أو تصدر عنه نوبات من الغضب ، ويخبر مشكلات في التركيز ، أو تصدر عنه استجابات ترويعية مبالغ فيها.

أما "منظمة الصحة العالمية" 1) WHO) فتحدد "اضطراب الضغوط التالية للصدمة" PTSD في "التصنيف الدولي العاشر" (ICD-10) على نحو يتفق إلى حد كبير مع تحديد "الرابطة الأميركية للطب النفسي" فيما يلي:

ينشأ "اضطراب الضغوط التالية للصدمة" على أنه استجابة مرجأة أو ممتدة لحدث أو موقف ضاغط (مستمر لفترة قصيرة أو طويلة) ، ويتصف بأنه ذو طبيعة مهددة أو فاجعة ، ويحتمل أن يتسبب في حدوث ضيق وأسى شديدين غالباً لدى أي فرد يتعرض له (مثل الكوارث الطبيعية أو التي من صنع الإنسان ، أو المعارك ، أو الحوادث الخطرة ، أو مشاهدة الموت العنيف لأشخاص آخرين ، أو أن يكون الفرد ضحية للتعذيب ، أو الإر هاب

، أو الاغتصاب ، أو غير ذلك من الجرائم).

وقد تؤدي العوامل الاستعدادية ، مثل سمات الشخصية (كأن تكون اندفاعية ، واهنة) أو وجود تاريخ سابق من المرض العصابي ، إلى خفض العتبة التي تطور عندها زملة الأعراض أو إلى الإسراع في تطورها . ولكن هذه العوامل ليست ضرورية ولا كافية لتفسير تطور تلك الأعراض.

وتتضمن الأعراض الأساسية الواسمة لاضطراب الضغوط التالية للصدمة نوبات من الإحياء المتكرر للصدمة في شكل ذكريات إقحامية ("ارتجاعات") أو أحلام ، تحدث على أرضية قائمة من الإحساس بـ "التخدر" numbness والتبلد الانفعالي ، والانفصال عن الأشخاص الآخرين ، وعدم الاستجابية للمحيطين بالفرد ، وفقدان اللذة أو البهجة anhedonia ، وتجنب النشاطات والمواقف التي تذكره بالصدمة . ومن الشائع ، وجود حالة من الخوف والإحجام عن العلامات أو الإلماعات التي تذكره بالصدمة الأصلية . ولكن من النادر ، وجود انفجارات درامية حادة من الخوف أو الهلع أو العدوان ، تطلقها منبهات تعمل بدورها على استدعاء ذكريات مفاجئة أو إعادة إحياء الصدمة أو رد الفعل الأصلي لها.

وعادة ما توجد حالة من الاستثارة الزائدة للجهاز العصبي التلقائي ، مع حالة من فرط اليقظة ، ورد الفعل الترويعي ، والسهاد أو الأرق . وعادة ما يكون القلق والاكتئاب مرتبطين بالأعراض والمظاهر المذكورة آنفاً . كما أن أفكار الانتحار ليست نادرة التواتر لدى تلك الحالات . ويعتبر الإفراط في استخدام الكحوليات أو العقاقير والمخدرات عاملاً من العوامل المسببة في تعقيد ذلك الاضطراب،

وتأتي بداية نشأة الاضطراب التالي للصدمة مع وجود فترة تتراوح بين أسابيع قليلة وشهور (وكلن نادراً ما تتجاوز ستة أشهر) . أما نسق تطور هذا اضطراب ، فيتصف بأنه متقلب وغير مستقر ، ولكن يمكن توقع التحسن لدى غالبية الحالات . ومع ذلك فثمة نسبة ضئيلة من المرضى الذين يبدون حالة من التطور المزمن لهذا الاضطراب الذي يستمر سنوات كثيرة لديهم ، ومن التحول إلى تغير مستديم في شخصياتهم.

أنا الخصائص الرئيسية للأحداث الصدمة ، فتشمل : (1) التهديد الخطير لحياة الفرد ، و (2) التهديد الخطير لتكامل الجسم وسلامته ، و (3) التهديد الخطير أو الأذى المحتمل للأبناء أو للزوجة أو الزوج أو الأقارب أو الأصدقاء ، و (4) التخريب المفاجئ للمنزل أو الحي أو لغيره من المناطق أو المواقع ، (5) رؤية شخص آخر يقتل أو كان قد قتل ، أو يتعرض لإصابة شديدة ، و (6) العنف الجسمي ، و (7) العلم بوقوع أذى شديد أو ضرر بالغ أو بوجود تهديد خطير للأسرة أو لأحد أو لبعض أعضائها أو للأقارب.

حالة إيضاحية

لرجل يبلغ من العمر 36 عاماً ، تعرض هو وابنه الصغير لحادث سيارة عندما كان يقود سيارته عند إحدى التقاطعات في حين كانت سيارة أخرى مسرعة تخترق الإشارة الحمراء وتصطدم بسيارتهما . وقد ظل الأب وابنه لفترة داخل السيارة التي أغلقت عليهما حتى استطاع فرق من رجال الإطفاء إنقاذهما . وقد أصيب الأب بجروح وكدمات ولكنها لم تكن خطرة ، أما الابن فقد كسرت ساقه.

وقد انشغل الأب في الأيام القلية الأولى بعد الحادث في رعاية ابنه وفي إصلاح السيارة ،

ولكنه بعد أيام قليلة من وقوع الحادث بدأت تراوده أفكار وصور متكررة عن الحادث ، وتسبب له ضيقاً وكدراً شديداً واستمرت معه هذه الأعراض أسابيع عدة وبدت ذاكرته عن صراخ ابنه بعد تصادم السيارتين كما لو كان يسمعه الآن وصار متهيجاً ، ويعاني صعوبة التركيز ، ويتجنب الحديث عن الحادث . كما كان يتجنب قيادة السيارة في نفس الشارع الذي وقعت فيه تلك الحادثة . ولم يعد بمرور الوقت يتذكر إذا ما كانت إشارة المرور حمراء أو خضراء عندما يقترب منها(1).

تبرز "الرابطة الأميركية للطب النفسي" أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة من منظور إجرائي تتضح معه العناصر المكونة له والمحددة من طبيعته فيما يلي:

فالأفراد ذو "اضطراب الضغوط التالية للصدمة" PTSD يكونون قد تعرضوا لحدث صدمي ، حيث يخبرون هم أو غيرهم تهديداً بالموت أو وقوع إصابة شديدة . وإبان هذا الحدث يستجيبون بحالة من الخوف ، أو العجز ، أو الفزع والرعب ، ولذلك قد تلازمهم منذ وقوع الحدث الأعراض التالية:

معاودة خبرة الصدمة Reexperiencing of the trauma :

فالحدث الصدمي يستعيده الشخص بشكل متواصل وبإلحاح في واحدة أو أكثر على الأقل من الطرق التالية : (2)

1- ذكريات أليمة أو مفجعة عن الحدث ، متكررة وإقحامية.

2- أحلام متكررة أليمة أو مفجعة عن الحدث.

3- المسلك أو العمل أو الشعور كما لو أن الحدث الصدمي يقع مرة أخرى.

4- التأزم النفسي الشديد عند التعرض لعلامات أو إشارات إلماعات ترمز إلى جوانب من الحدث الصدمي أو تشبهه.

5- حدوث رد فعل فيزيولوجي عند التعرض لعلامات أو إشارات أو إلماعات ترمز إلى جوانب من الحدث الصدمي أو تشبهه.

تمثل معادو خبرة الحدث الصدمي (Reexperiencing) جانباً بارزاً في اضطراب الضغوط التالية للصدمة ، كما تمثل دورة معاودة خبرة الصدمة عملية دينامية أساسية تكمن وراء هذا الاضطراب ، تعقبها محاولات دفن ذكريات الصدمة والمشاعر المرتبطة بها . وهذه الدورة من الاستدعاء الإقحامي ، وما يعقبها من الإحجام أو التجنب والخدر ، تنطوي على مكونات حيوية وعصبية قوية . ويتبدى الإقحام Intrusion في الاسترجاع التلقائي للحدث الصدمي ، وفي الأفكار والمشاعر والصور والذكريات المتعلقة بالخبرة الصدمية التي تتواتر في الوعي على نحو متكرر وبأشكال مختلفة ، ويخبرها الفرد على أنها باعثة على الضيق والاضطراب . وغالباً ما يكون من الصعب قمع هذه الاسترجاعات ، إن لم يكن مستحيلاً ، لذا تعتبر الإقحامات معالم متواترة للصورة الكلينيكية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة.

فقد تبين من نتائج بعض البحوث أن الأفكار والمشاعر الإقحامية تشيع بنسبة 75% لدى عينات من المحاربين القدامى في حرب فيتنام (1) . وتوصل آخرون إلى أن أكثر من 75% من المهاجرين الكمبوديين من المصابين باضطراب الضغوط التالية للصدمة ، كانوا يبدون

أعراضاً ملحوظة من التفكير الإقحامي والمتواتر (2) . وتبين دراسة أخرى أجريت على الأشخاص الباقين على قيد الحياة بعد كارثة فندق حياة ريجينسي بأمريكا ، أن أكثر من 85 % من هؤلاء الأشخاص كانوا يعانون الأفكار والاسترجاعات الإقحامية المتكررة عن هذه الصدمة (1) . ويحدد بعض الباحثين عشرة موضوعات متكررة مشتركة تتردد في الأفكار الإقحامية لدى حالات اضطراب الضغوط التالية للصدمة ، فيما يلي (2) :

- الغضب الشديد إزاء أصل الحدث الصدمي وأسبابه.
- الحزن إزاء الفقدان
- عدم الارتياح إزاء ما اكتشفه الفرد في نفسه من أنه غير حصين ومستهدف للخطر.
- عدم الارتياح إزاء إندفاعاته العدوانية.
- الخوف من فقدان السيطرة على النفس والتحكم في إندفاعاته العدوانية.
- الشعور بالذنب إزاء ما حدث والإخفاق في منع وقوعه.
- الشعور بالتماثل مع الشخص الضحية أو الأشخاص الضحايا.
- الغيظ من الأشخاص الذين لم يتعرضوا لإصابة أو فقدان.
- الخوف من تكرار الحدث.
- الشعور بالذنب حيال بقائه على قيد الحياة.

ويخبر الفرد هذه الأفكار والانفعالات والصور والذكريات الإقحامية على أنها خبرات كدرة وغير مريحة ، وقد تؤدي إلى استدعاء حالة من الخوف والهلع والعنف (3).

وتعتبر الأحلام المفزعة والكوابيس المتكررة أسلوباً آخر تتواتر من خلاله معاودة الأفكار والمشاعر والصور والذكريات الإقحامية . وهذه الأحلام تكرر الحدث أو جانباً منه كما وقع بالضبط . وعادة ما تندرج الأحلام المفزعة أثناء النوم (الكوابيس) لدى حالات اضطراب الضغوط التالية للصدمة في أربع فئات ، هي (4) :

- كوابيس متكررة تعيد الخبرة الحقيقية.
- كوابيس عن أحداث غير حقيقية في خبرة الفرد ، ولكنها يمكن أن تحدث له.
- كوابيس عن أحداث غير حقيقية بالنسبة للخبرة الأصلية ، وأيضاً غير محتملة (ولكنها ليست غير ممكنة).
- كوابيس بعيدة تماماً عن الواقع.

ويتطلب تشخيص اضطراب الضغوط التالية للصدمة ، أن تتضمن الأحلام والكوابيس الصدمة لأصلية في شكل غير متغير . وفي ذلك ، يحدد بعض الباحثين من خلال تحليل مضمون الأحلام لدى حالات اضطراب الضغوط التالية للصدمة وكما تبدو من استجابات المحاربين القدامى ، وتشمل الموضوعات التالية المتكررة المشتركة في الأحلام بينهم : (1)

- كون الفرد عاجزاً عن مواجهة اعتداء أو هجوم.

- أن يجد الفرد نفسه وحيداً في موقف ينطوي على احتمالات مروعة بالهلاك.
- مواجهة خطر بسلاح لا يطلق ناراً.
- التعرض لإطلاق النار عليه.
- التعرض للمطاردة من الأعداء.
- أن يجد نفسه بلا سلاح.

وغالباً ما تكون هذه الموضوعات جزءاً من استعادة خبرة الحدث الصدمي أثناء الليل ، أو أن تختلط مع الأحلام العامة عن الحدث الصدمي . ويقدر بعض الباحثين أن حوالي 50% من الحالات التي تعاني زملات الاستجابة للضغوط يقررون أنه تراودهم أحلاماً مزعجة (2) . وتزداد هذه النسبة إلى حوالي 70% لدى حالات الأشخاص الباقين على قيد الحياة من معسكرات الاعتقال (3) ، وتصل إلى 75% لدى اللاجئين الكمبوديين من حالات اضطراب الضغوط التالية للصدمة (4).

وترتبط هذه الأحلام والكوابيس باضطراب النوم لدى حالات اضطراب الضغوط التالية للصدمة . وقد وجد بعض الباحثين أن هذه الحالات من المحاربين القدامى تميل إلى أن تخبر هذه الأحلام في مرحلة مبكرة من دورة النوم عما هو شائع في العادة ، ويعانون كثرة تكرار الكوابيس ، كما أن هذه الكوابيس قد تستدعي في بعض الأحيان حركات جسيمة شديدة وغيرها من أعراض الفزع الليلي (1) . وتبين نتائج بعض البحوث (2) . أن الأحلام والكوابيس الشائعة لدى حالات اضطراب الضغوط التالية للصدمة غالباً ما "تستمر عند الاستيقاظ" . وهذه الأحلام والكوابيس التي تسترجع الحدث الصدمي الأصلي قد تستمر سنوات عدة ، وحتى عقوداً عدة بعد الحدث.

ومن الأعراض البارزة لاضطراب الضغوط التالية للصدمة ، وبخاصة لدى الحالات الشديدة أو التي تعاني ضواغط صدمية متعددة مثل الأشخاص الباقين على قيد الحياة من معسكرات الاعتقال أو الأسر أو الحرب ، أو ضحايا الجريمة والاغتصاب أو الكوارث التكنولوجية ، ما يعرف بظاهرة الارتجاعات Flashbacks التي تعتبر ردود فعل تفككية تتواتر في شكل نوبات قد تستغرق فترة تتراوح بين دقائق عدة وساعات عدة أو حتى أيام عدة . وقد تستمر الارتجاعات سنوات عدة (3) . وتعرف الارتجاعات بأنها تذكر أو استرجاع حي ومفاجئ للحدث الصدمي ، ويكون مصحوباً بانفعال قوي . إبان هذه النوبة لا يفقد الفرد ذاكرته أو يغيب وعيه ، ولكنه يهجر الحاضر ويستعيد خبرة الموقف الصدمي الأصلي . وقد يرى الحدث أو الموقف ، ويشم روائحه ، ويسمع أصواته ، وربما يفقد وعيه بالواقع الحالي ويعمل كما لو أنه موجود بالفعل في الموقف الصدمي الأصلي ، أو ربما تتناوب حالته ما بين الواقع الحالي ومعاودة خبرة الماضي (4) . ويحدد بعض الباحثين خصائص معينة لظاهرة الارتجاعات ، هي (5):

- وجود انفعالات قوية يتم التعبير عنها خلال نوبة الارتجاع.
- البداية المفاجئة.
- الانفصال عن السلوك العادي وانقطاع التواصل معه.
- النسيان أو الارتباك والفوضى بعد نوبة الارتجاع.

- الارتباط الشديد بالحدث الصدمي.
- "الطبيعة الأولية" للاستجابات النفسية (خصائص تلك الاستجابات أثناء الحدث الصدمي).

ويمكن في هذا الصدد تميز ثلاثة أشكال لعملية الإحياء أو الاستعادة Revivification فيما يلي (1) :

1) أحلام قوية نشيطة يعقبها استيقاظ وعدم قدرة على التخلص من الإحساس بأن الحلم كان حقيقياً . وقد يحدث نشاط حركي مرتبط بمحتوى الحلم.

2) "خبرات ارتجاعية واعية" تتضمن صوراً إقحامية حية ، وليس بالضرورة أن يفقد الشخص اتصاله بالواقع . وقد يصاحب هذه الحالة سلوك حركي درامي ، وقد تشيع "هلوسات كاذبة" . ويستطيع الشخص بعد الارتجاعات أن يفصل الصور عن الواقع.

3) "الارتجاعات اللاشعورية" ، وتتضمن أفعالاً حركية تستثيرها ذكريات وانفعالات واندفاعات متعلقة بالحدث ، ولكن الوعي يكون غائباً.

وثمة اتجاه لدى بعض الباحثين يربط بين أعراض الارتجاعات وأعراض الحالات التفككية Dissociative state أو الحالات شبيهة التفككية Dissociative – like state ، وبخاصة لدى الحالات الصدمية الشديدة والمتعددة الصدمات . وفي ذلك يصف بعض الباحثين حالات من "النوبات شبيهة الذهانية" (“Quasi – psychotic attacks”) و "حالات تفككية هلاوسية زائفة" (“Psychosis – like pictures”) تتضمن هلوسات التتبع وحالات اختلال الإنية ومظاهر العظمة ونوبات هلاوسية أو شبه هلاوسية لإحياء الماضي (3).

تبدو كذلك زملة أعراض معاودة خبرة الحدث الصدمي في الشعور بالضيق والكدر والتأزم عند التعرض لمواقف أو أحداث تنطوي على منبهات أو علامات أو إلماعات ترمز إلى الصدمة . فالأعراض الواسمة لاضطراب الضغوط التالية للصدمة غالباً ما تزداد كثافة وشدة حينما يتعرض الفرد لمواقف أو أنشطة تشبه الصدمة الأصلية أو ترمز إليها ، مثل السماء الملبدة بالغيوم أو المطر أو الجو الحار المشبع برطوبة عالية أو ملابس الجنود أو الطائرات أو صوت معين أو روائح أو حتى الذكرى أو الاحتفالات السنوية وغير ذلك من عوامل الإشراط . ومن شأن هذه المنبهات أو الإلماعات الخارجية أن تفجر أشكالاً مختلفة من الاسترجاع الإقحامي الذي يتراوح ما بين الاسترجاعات الكدرة والكوابيس المتزايدة والارتجاعات والظاهرات التفككية.

الإحجام والخدر Avoidance and numbing :

ويبدو ذلك في التجنب أو الإحجام بشكل مستمر عن تلك المنبهات المرتبطة بالصدمة ، وفي الخدر المميز للاستجابة العامة للشخص ، كما يتضح ذلك في ثلاثة على الأقل من الأعراض التالية (1) :

1. بذل الجهود لتجنب الأفكار ، أو المشاعر ، أو الأحاديث المرتبكة بالصدمة.
2. بذل الجهود لتجنب النشاطات ، أو الأماكن ، أو الأشخاص وغير ذلك مما يستدعي

ذكريات عن الصدمة.

3. عدم القدرة على استرجاع جانب مهم من الصدمة.

4. تناقص الاهتمام بالنشاطات المهمة أو بالمشاركة فيها.

5. الشعور بالانفصال أو الغربة عن الآخرين.

6. أفول أو انحسار مساحة الواجدان أو العواطف ، وشحتها أو نضوبها.

7. الإحساس بمستقبل غير واعد.

تؤلف هذه الأعراض الفئة الثانية من المعالم الكلينيكية الواسمة لاضطراب الضغوط التالية للصدمة . وتمثل في "الخدر النفسي" 2) Psychic numbing) أو "التخدر الانفعالي" (3) Emotional anesthesia) ويتضح الخدر الملحوظ في الاستجابة العامة لدى الفرد مقارنة باستجابيته المميزة له قبل الصدمة وقد وجد أن أكثر من 65% من الحالات التي تبدي أعراض الاستجابة للضغوط ، تتصف أيضاً بالخدر وبالمستويات المنخفضة لاستجابات المشاعر للمنبهات الخارجية (1).

ويظهر من بين هذه الزملة أعراض فقدان أو نقض الاهتمام بالنشاطات المهمة في حياة الفرد والتي كانت موضع اهتمامه في السابق ، كما يمثل الانسحاب من الحياة الاجتماعية مظاهر دالة لهذه الأعراض (2).

ومما يميز هذه الزملة من الأعراض انحسار أو أفوق مساحة الوجدان أو العواطف . وهذا التغير يحدث غالباً عقب الحدث الصدمي . فالفرد يخبر حالة من فقدان المشاعر المتعلقة بالود والرقة والنشاط الجنسي ، وقد يصل النضوب الوجداني لدى الحالات الشديدة إلى حد فقدان المقدرة على الشعور بأية انفعالات على الإطلاق (3) . وتقرر نتائج بعض الدراسات أن زوجات المحاربين القدامى غالباً ما يصفون أزواجهم بالبرود وبانعدام المشاعر وبعدم الاهتمام بهن أو رعايتهن . ولكن في حالة "ذوبان" هذه الانفعالات المتجمدة ، يواجه هؤلاء الأشخاص بفيض من الذكريات المتعلقة بالخبرة الصدمية الشديدة (4) . ونتيجة لذلك ، فإن السلام الداخلي يتحقق من خلال الاحتفاظ بـ "مساحة ميتة" (“Dead space”) داخلهم ، يصفها بعض الباحثين بأنها أشبه بالتقهقر إلى "خنادق عقلية" (“Mental foxholes”) (5) . ويعزي الانحسار الوجداني أو النضوب العاطفي إلى ما تعرضت له مشاعر الفرد وردود الفعل العادية للحزن والأسى أثناء الخبرة الصدمية ، وبخاصة لدى الأسرى في معسكرات الاعتقال أو لدى المحاربين في ساحة القتال ، من كبت ، لأنه كان من الصعب أو من المستحيل التعبير عنها أو تمت معالجتها بشكل غير واقعي ولفترة وجيزة . ويطلق بعض الباحثين على هذه الحالة مصطلح "الحزن المطمور" 6) (“Impacted grief”)).

وتبدو مشاعر الانفصال Detachment والغربة Estrangement واضحة لدى حالات اضطراب الضغوط التالية للصدمة ، وبخاصة في حياتهم الأسرية وفي علاقاتهم مع أصدقائهم ، وما لهذه المشاعر من ارتباط وثيق بنضوب مشاعرهم . ويحدد بعض الباحثين عدة مجالات للعلاقات الشخصية المتبادلة ، يبدي فيها المحاربون القدامى صعوبات واضحة ، وهي : 1) إقامة علاقات طيبة مع الناس ، 2) التقارب العاطفي الوثيق مع شخص ما ، 3) مشكلات أسرية ، 4) مشكلات زوجية ، 5) عدم القدرة على التعبير عن المشاعر للأشخاص الذين يحيطونهم بالرعاية ، 6) ومشكلات جنسية (1) . وقد تفسر مشاعر الانفصال والغربة والعزلة على أنها انعكاس للضغط الاجتماعي عليهم بأن شعروا ويسلكوا بطريقة غير متطابقة مع خبرتهم الداخلية . وقد يكون المجتمع نحوهم اتجاهات

سالبة ، أو حتى قد يلصق بهم مسميات سالبة مثلما حدث إزاء المحاربين القدامى بفيتنام حيث كانوا يسمونهم أحياناً بـ "القتلة السيكوباتيين" 2) (“psychopatic killers”)) . وقد يؤثر نقص التكافل الاجتماعي كثيراً في عزلتهم وغربتهم . وتفسر كل هذه العوامل نزعتهم إلى "الانسحاب داخل عزلة انطوائية مؤلمة" ، وإلى البحث المستمر عن "مكان آمن" (3).

ويدخل في هذه المجموعة من الأعراض الإحساس بالتشاؤم إزاء مستقبل قصير غير واعد ويبدو هذا خاصة لدى الأطفال الذين يتعرضون لصدمات شديدة . وتتضمن توقعات المستقبل لديهم عدة تغيرات تشمل : 1) التشاؤم الفلسفي (النظرة إلى المستقبل على أنه محدود للغاية) ، و2) قصر مدى الحياة بشكل غير عادي ، و3) التعرض لكوارث في المستقبل ، و4) عدم القدرة على التفكير في الزواج أو الأسرة أو الأبناء ، و5) البطالة . ويعبرون عن المستقبل "بثقة قليلة وأمل ضئيل" (4) . وغالباً ما يعاني الأشخاص الباقون على قيد الحياة ، وبخاصة في حالة الصدمات الشديدة أو طويلة المدى ، إحساساً بالقدر المشئوم إزاء المستقبل ، ذلك أنهم بقدر ما كانوا يشعرون بالعجز أثناء الصدمة ، فإنهم يشعرون بالعجز كذلك عن تحقيق أهدافهم في الحياة ، كالزواج وتشكيل الأسرة والعمل (5).

الاستثارة Arousal :

وتبدو في وجود أعراض مستمرة من الاستثارة الزائدة تتضح في اثنين على الأقل من الأعراض التالية (1) :

1- صعوبات في الخلود إلى النوم أو في مواصلة النوم.

2- التهيج أو انفجارات الغضب.

3- صعوبات في التركيز.

4- فرط التيقظ.

5- الاستجابات الترويعية المبالغ فيها.

ويسبب اضطراب الضغوط التالية للصدمة بهذه الصورة الكلينيكية محنة أو ضيقاً أو تعويقاً ينطوي على دلالات كلينيكية في المجالات الاجتماعية أو المهنية أو في غير ذلك من المجالات المهمة من توظيف فاعلية الفرد في الحياة.

تتضمن هذه الزملة من أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة الاستثارة الزائدة Hyperarousal . فالصدمة تنطوي على مواقف مهددة للحياة ، وتؤول طبيعياً إلى مشاعر الفزع والخوف والقلق والخطر . وتتضمن هذه الانفعالات مكونات فيزيولوجية قوية قد تؤدي بالفعل إلى تغير في كيمياء الجسم . ففي مواقف الشعور بالخطر ، تبدأ غدتا الكظر Adrenal glands بإفراز هرمونات الأدرينالين أو النورأدرينالين داخل الجيم . ويتسبب الأدرينالين في إحداث حالة من التنبيه الزائد ، حيث يزداد معدل ضربات القلب ، وضغط الدم ، والتوتر العضلي ، ومستويات السكر في الدم . أما في حالة إفراز النورأدرينالين ، فقد ينشأ لدى الفرد رد فعل متجمد Freeze reaction ، حيث تكون حركة الفرد أو أفعاله صعبة ، أو حتى مستحيلة . وقد يصف هؤلاء الأفراد الذين يعانون تلك الحالة ردود فعلهم المتجمدة كما لو أنهم يتحركون أو يفكرون على نحو أشبه بحركة التصوير البطيء ، بل قد

يجد بعضهم نفسه عاجزاً مؤقتاً عن الحركة على الإطلاق . وبالرغم من جمود ردود الفعل لديهم ، فإنه يحتمل غالباً أن يخبروا أعراضاً أخرى للاستثارة الزائدة (2).

وتشيع اضطرابات النوم لدى حالات اضطراب الضغوط التالية للصدمة . وقد يصل معدلها إلى حوالي 100% بين الأشخاص الباقين على قيد الحياة بعد معسكرات الاعتقال (1).

ويعتبر بعض الباحثين (2) اضطرابات النوم على أنها "السمة المميزة لرد الفعل للخبرة الصدمية" ، فالصدمة تميل إلى أن تنعكس في أحلام الفرد ، وتتسبب هذه الأحلام في جعل النوم متقطعاً ، وقد يستيقظ الفرد وهو يحس بعرق بارد ، وأحياناً قد يصرخ بصوت عال . وغالباً ما تستمر اضطرابات النوم سنوات عدة ، وحتى بعد توقف الأحلام المزعجة (الكوابيس) المتكررة.

وتشتمل زملة الاستثارة الزائدة أيضاً على اضطرابات الذاكرة وصعوبات التركيز والصعوبات المرتبطة بإنجاز عمل حتى النهابة ويقرر بعض الباحثين أن أكثر من 75% من حالات زملة الاستجابة للضغوط يبدون 1) مشكلات في التركيز ، و2) صعوبة في اتخاذ القرارات ، و3) صعوبة في التذكر . كما تبين أن أكثر من 50% منهم يراجعون مراراً ما قاموا به من أفعال أو مهام أو يؤدونها ببطء كي يتحققوا من صحتها (3).

وتشتمل أيضاً على التهيج وانفجارات الغضب والغيظ والعداء ومشاعر العنف . وتلك كلها معالم شائعة لدى الحالات التي مرت بخبرات صدمية شديدة . "وقد يرتبط التهيج المتزايد بانفجارات متفرقة لسلوك عدواني لا يمكن التنبؤ بها ، حتى حينما تكون هناك استثارة قليلة أو استفزاز ضئيل أو لا يكون هناك استفزاز على الإطلاق . وتبدو هذه الأعراض خاصة لدى المحاربين القدامى الذين خبروا معارك حربية" (4).

وتلاحظ غالباً أعراض الغضب الانفجاري وضعف التماسك حيال الاندفاعات العنيفة لدى حالات اضطراب الضغوط التالية للصدمة وفي ذلك تقرر إحدى الدراسات التي أجريت على المحاربين القدامى بحرب فيتنام ، أنه في أوائل لثمانينات كانت هناك معدلات عالية منهم ارتكبوا أفعالاً عدوانية ومنافية للقانون بالولايات المتحدة الأميركية ، فقد بلغ عدد المودعين منهم بالسجون 29.000 شخص من المحاربين القدامى ، 37.000 شخص مفرج عنهم مؤقتاً بعد صدور أحكام عليهم مع إيقاف التنفيذ ، 37.500 شخص تحت المراقبة ، 87.000 ينتظرون محاكمتهم . وتلاحظ الدراسة أن حوالي 70% من هؤلاء المحاربين القدامى المودعين بالسجون كانوا قد حصلوا على أوسمة شرفية تقديراً لخدماتهم في الحرب . ومما يثير الدهشة ،أنه لم يتبين وجود تاريخ سابق لديهم من الجنوح عندما كانوا صغاراً أو من ارتكاب جرائم وإدانتهم قانونياً عندما كانوا كباراً . وتشير هذه النتائج إلى أن خبرة الصدمة أسهمت كثيراً في تطور ردود فعل الغضب والعنف لديهم (1).

وغالباً ما يظهر الغضب والعنف لديهم في علاقته بعديد من النواحي التي تشمل : 1) السلطات ، و2) الأشخاص الذين لا يكونون أو لم يكونوا سنداً أو دعماً لهم . و3) أشخاص آخرون يكونون بمثابة كبش فداء لهم ، و4) الإحساس بالخديعة ، و5) مشاعر الإذلال والخزي ، و6) مشاعر التضليل ، و7) شعورهم بأنهم كانوا سذجاً أو مغفلين أو بأن آخرين تلاعبوا بهم . وتعكس هذه المظاهر دلائل لسوء التوافق مع المجتمع (2).

والواقع إن زملة أعراض التهيج وانفجارات الغضب والعدوان يكشف عنها بعض الباحثين في دراستهم على المحاربين القدامى والأسرى بأسلوب درامي يكشف عن التناقض الوجداني في حياة هؤلاء الأفراد ، فعلى سبيل المثال ، يتضمن المجلد الذي حرره "فجلي وليفينتمان" (1990/1980) ، ويحمل عنواناً له مغزاه يصفهم فيه بأنهم "غرباء في

الوطن" ، دراسة في الفصل الثالث عشر تحت عنوان "من بطل حرب إلى مجرم" ، تقدم بيانات متنوعة عن مظاهر العنف والسلوك العدواني والسلوك المضاد للمجتمع لدى المحاربين القدامى بفيتنام (3).

وتؤيد هذه النتائج كذلك البحوث التي أجريت على الأسرى في معسكرات الاعتقال ، والذين كانوا عاجزين عن التعبير عن مشاعرهم وغيظهم وغضبهم في الوقت الذي تصاعدت فيه شدة هذه المشاعر وكثافتها أثناء فترة الأسر وأحداثها الصدمية . فهذه الظروف الصدمية الضاغطة غالباً ما تؤول إلى "اختلال شديد في طبائع الفرد" وإلى "فساد الأنا العليا" لديه (4).

وتقدر نتائج بعض البحوث أعراض الغضب والعداء والتهيج والعنف لحوالي 80% لدى الأشخاص ذوي زملات الاستجابة للضغوط ، كما تقدر أن 40% منهم يبدون مظاهر عديدة للسلوك العدواني تتضح في سورات وانفجارات غضب لا يمكنهم التحكم فيها ، والدخول في مجالات كثيرة ، والنزعة إلى تحطيم الأشياء ، أو إلى إيذاء آخرين (1).

وتبدو أعراض الاستجابات الترويعية والتنبيه الزائد وفرط التيقظ واضحة في زملة أعراض الاستثارة الزائدة لدى حالات اضطراب الضغوط التالية للصدمة . وترتبط هذه المعالم بالاستثارة الفيزيولوجية الزائدة وبرد الفعل الفيزيولوجي لديهم الذي يساعد على استعادة خبرة الصدمة . ويفسر ذلك أيضاً ما يتسمون به من زيادة الحساسية والتوتر (2).

وقد تأخذ هذه الأعراض في مستوياتها الشديدة شكل "التكيف القائم على الشعور بالعظمة إزاء الضغوط التالية للصدمة" ("Paranoid adaptation to post – traumatic stress") ، ويشمل المظاهر التالية (3) : التيقظ المستمر في التفاعل مع الآخرين ، والإصرار على الاستجابة بعنف لأي عداء يدركه الفرد ، والاعتقاد بأن المجادلة مقدمة لنشوب مشاجرة أو عنف ، والشعور بأن أفضل وسيلة هي بدء الهجوم بطريقة قوية . وغالباً ما تتفاعل هذه المظاهر مع أعراض الغضب والعداء . ويتصف هذا التكيف القائم على الشعور بالعظمة برفض تقبل اللوم أو المسئولية . ويكمن وراء هذا الأسلوب التكيفي شعور عميق بالاستهداف للسقوط أو الأذى أو الخطر ، أب بأنهم غير حصينين إزاء عوامل الخطر أو تكرار الصدمة . وفي الحالات الشديدة من تطور هذه النزعة إلى العظمة ، وقد يطرح أيضاً تشخيص ثانوي عن "اضطراب الشخصية البارانويي" (4).

وتكتمل الصورة الكلينيكية للأعراض المميزة لاضطراب الضغوط التالية للصدمة بالتركيز على أن هذا الاضطراب يتسبب كلينيكياً في تعطيل طاقات الفرد أو تعويقها أو إهدارها ، فيضطرب أداؤه لوظائفه في المجالات الاجتماعية أو المهنية أو في غير ذلك من المجالات المهمة الأخرى من حياته . ويعني ذلك أنه لتحديد تشخيص حالة من اضطراب الضغوط التالية للصدمة ، فإنه لا يكفي أن يكون الفرد قد خبر حدثاً صدمياً وتنشأ لديه كرد فعل للصدمة زملات الأعراض الأساسية التي عرضنا لها (معاودة خبرة الحدث الصدمي ، والإحجام والخدر ، والاستثارة) ، ولكن يتطلب التشخيص أيضاً أن هذه الأعراض وغيرها من ردود الفعل للصدمة تؤدي إلى خفض مقدرة الفرد بشكل ملحوظ على العمل والتفاعل الأسري والاجتماعي والترويح واللعب ، الأمر الذي قد يعكس مظاهر ملحوظة من سوء التوافق الشخصي والاجتماعي أو المهني (1).

اضطراب الضغوط الحاد Acute Stress Disorder :

يعتبر "اضطراب الضغوط الحاد" إحدى الفئات "الجديدة" القليلة في "الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية" (DSM-IV, 1994) ، حيث ظهرت هذه الفئة للمرة الأولى في هذا الدليل . وربما يعرف القليلون أن ثمة فئة مماثلة ، وهي فئة "رد الفعل الشديد للضغوط" (Gross Stress Reaction) ، كانت متضمنة في "الدليل التشخيصي والإحصائي الأول" (DSM-III, 1980) ، الذي لم يكن يعين حدا أدنى لطول مدة هذا الاضطراب . فليس من غير الشائع ، في الفترة المباشرة عقب وقوع حدث ضاغط شديد ، أن يعاني الفرد لفترة قصيرة أعراضاً تشبه تلك الأعراض التي تحدث في حالة "اضطراب الضغوط التالية للصدمة" . وق أثير جدل بشأن هذه الفئة عما إذا كانت هذه الأعراض تتجاوز معايير السوية بدرجة كافية لتستوفي محكات الاضطراب النفسي . وفي ذلك يذهب بعض الباحثين إلى أن هذه الأعراض ، شأنها شأن أعراض الحزن والأسى ، وهي استجابة متوقعة لأحداث ضاغطة شديدة ، وبالتالي فإنها لا تستحق أن تشخص على أنها اضطراب نفسي . ومع ذلك ، فإن بعض الأفراد الذين يتعرضون لأحداث ضاغطة شديدة يبدون اضطراباً شديداً يتطلب تشخيصاً وعلاجاً مباشرين ، واضعين في الاعتبار أن التطور المبكر لتلك الأعراض يعد أفضل المنبئات عما إذا كان الفرد سوف يتطور لديه اضطراب الضغوط التالية للصدمة (2).

لقد أدرج "اضطراب الضغوط الحاد" في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع عملاً بالقاعدة التي تقرر أن جراماً من الوقاية يساوي رطلاً من العلاج . فحالما يتطور "اضطراب الضغوط التالية للصدمة" ، يكون من الصعب علاجه نسبياً وغالباً ما يصير مزمناً . ولهذا فمن المجدي تعرف أولئك الأشخاص الذين يواجهون صعوبة بعد التعرض لحادث ضاغط لكي نزودهم بإرشاد نفسي تربوي عن طبيعة أعراضهم ولكي نتنبأ بتطور هذه الأعراض لديهم . وهذا التدخل الإرشادي يساعد الفرد على تقوية إمكاناته على التحكم في الأعراض ، وذلك بإجراء ينطوي على أهمية خاصة في الفترات التي تعقب التعرض لحدث صدمي شديد يتركه في حالة من العجز ومن فقدان القدرة على التحكم في عواقب ذلك الحدث . كذلك يفيد تضمين "اضطراب الضغوط الحاد" في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع ، في تنظيم الجهود بعد التعرض لحوادث أو كوارث ، وفي دعم الجهود الكلينيكية والبحثية للتنبؤ بالأفراد الذين يحتمل أن يتطور لديهم "اضطراب الضغوط التالية للصدمة" ، وبالتالي يمكن اتخاذ التدابير اللازمة للتدخل الإرشادي أو العلاجي الوقائي (1).

ومع ذلك ، فقد أثار تضمين "اضطراب الضغوط الحاد" في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع" (DSM-IV, 1994) تساؤلات عن الموضع الذي ينبغي فيه تضمين هذه الفئة في التصنيف . فعلى أساس ما يوجد من تماثل بين هذه الفئة واضطراب الضغوط التالية للصدمة ، اتفق على وضع "اضطراب الضغوط الحاد" تالياً في التصنيف لاضطراب الضغوط التالية للصدمة في القسم الخاص بـ "اضطرابات القلق" في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع . وإلى جانب هذا القرار قدم أيضاً بديلان مهمان ، هما : اقتراح بتخصيص قسم جديد يتناول الأسباب المتعلقة بالضغوط Stress – related etiology ، ويتضمن "اضطراب الضغوط الحاد" و "اضطراب الضغوط التالية للصدمة" و "اضطراب التوافق" . أما البديل الآخر ، الذي يعكس الجوانب التفككية لاضطراب الضغوط الحاد ، فقد اقترح تضمين هذا الاضطراب في "الاضطرابات التفككية" Dissociative Disorders . ولم يلق هذان الاقتراحان قبولاً من مجموعة الخبراء الذين يعدون الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع لأنهما يبتعدان كثيراً عن الروح المحافظة للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (2).

ويتحدد "اضطراب الضغوط الحاد" فيما يلي (3) :

"إن الأفراد الذين يعانون هذا الاضطراب يكونون قد تعرضوا لحدث صدمي ، حيث خبروا هم أو أشخاص آخرون تهديداً بالموت أو بالإصابات الشديدة . وفي أثناء هذا الحدث ، كانت استجاباتهم له تتصف بالخوف أو العجز أو الفزع ، وأنهم منذ ذلك الحدث صاروا يبدون مجموعة من الأعراض بالخوف أو العجز أو الفزع ، وأنهم منذ ذلك الحدث صاروا يبدون مجموعة من الأعراض تستمر في حدها الأدنى يومين وفي حدها الأقصى أربعة أسابيع . وتستمر الأعراض أربعة أسابيع من الحدث الصدمي . وتشتمل على الأعراض التالية :

الأعراض التفككية Dissociative symptoms : في هذه المجموعة من الأعراض يبدي الأفراد الذين خبروا حدثاً صدمياً ، سواء إبان وقوع الحدث أو بعده مباشرة ، ثلاثة أعراض على الأقل من الأعراض التفككية التالية :

1) Numbingالإحساس الذاتي بالخدر الانفعالي ، أو الانفصال ، أو غياب الاستجابة الانفعالية.

2) الانخفاض في وعي الفرد بالأشخاص المحيطين به.

3) Derealizationاختلال إدراك الواقع .

4) Depersonalizationاختلال الإنية .

5) Dissociatice amneasiaالنساوة التفككية أو فقدان الذاكرة التفككية .

معاودة خبرة الصدمة Reexperience of the trauma :

في هذه المجموعة من الأعراض يخبر الفرد الحدث الصدمي على نحو مستديم بشكل واحد من الأشكال التالية : الصور ، أو الأفكار ، أو الأحلام ، أو نوبات الارتجاعات ، أو الأوهام المتكررة ، أو الإحساس المتكرر بإحياء الخبرة الصدمية مرة ثانية ، أو الشعور بالضيق أو الكدر عند التعرض لأشياء أو رموز أو إشارات تذكر الفرد بالحدث الصدمي.

الإحجام Avoidance :

وتبدو هذه الفئة من الأعراض في الإحجام الملحوظ عن المنبهات التي تستثير ذكريات الصدمة وتستدعيها (مثل الأفكار ، أو المشاعر ، أو الأحاديث ، أو النشاطات ، أو الأماكن ، أو الناس).

الاستثارة Arousal :

وتتضمن الأعراض الملحوظة للقلق أو الاستثارة الزائدة (مثل صعوبة النوم ، والتهيج ، وضعف التركيز ، وفرط اليقظة ، واستجابة الجفول أو الترويع المبالغ فيها وعدم الاستقرار الحركي).

حالة إيضاحية :

فتاة تبلغ من العمر عشرين عاماً ، تعرضت أثناء سيرها ، في مساء أحد الأيام مع زميلة لها وهما يسيران إلى مبنى الكلية التي تدرسان فيها ، إلى حادث تهديد بالموت والسرقة ، حيث قفز شخص فجأة من بين الأشجار المحيطة بالحرم الجامعي ، ووجه إليهما مسدساً ، وأمرهما بإعطائه كل ما معهما من نقود ، وقد احتجت زميلتها وقاومته ، ولكنه وجه إليها لكمة قوية وألقاها على الأرض ، وخطف منهما حقيبتهما وفر هارباً . وقد صارت الزميلة ترتعد من الحادث ولكي تبلغا عن حادث الاعتداء والسرقة . أما الحالة ، فقد وجدت أنه من الصعب عليهما أن تصف ما حدث ، وشعرت بالخدر والدوار كما لو أنها تعيش في حلم مرعب . وقد بدا لها الحدث كله كما لو أنه غير حقيقي ، وأبدت صعوبة في تذكر شكل ذلك الرجل.

وفي غضون الأيام القلية التالية ، صارت تعاودها أفكار متكررة عن الحدث ، وتعاني صعوبة في النوم ، كما أصبحت أي ضوضاء بسيطة مصدر إجفال وترويع لها . وأخذت تحجم عن المشي بالقرب من المكان الذي وقع فيه الحادث لأنه كان يستثير عندها قلقاً شديداً (1).

وإذا كان "اضطراب الضغوط الحاد" ينطوي على قلق شديد تستدعيه عوامل موقفية وقتية مثل الخبرة الشخصية (اعتداء ، أو اغتصاب مثلاً) أو الكوارث الطبيعية ويستمر القلق شهراً تقريباً ، فإن "اضطراب الضغوط الحاد" قد يشكل أساساً لتطور "اضطراب الضغوط التالية للصدمة" في فترة لاحقة (2).